



HAL
open science

Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes

Yaëlle Amsellem-Mainguy

► **To cite this version:**

Yaëlle Amsellem-Mainguy. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. Sociologie. Université René Descartes - Paris V, 2007. Français. NNT : . tel-00903733

HAL Id: tel-00903733

<https://theses.hal.science/tel-00903733>

Submitted on 12 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PARIS-DESCARTES
U.F.R. DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Numéro attribué par la bibliothèque

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

THÈSE DE SOCIOLOGIE

pour obtenir le grade de docteur de l'Université Paris-Descartes

présentée et soutenue publiquement par

Yaëlle Amsellem-Mainguy

La contraception d'urgence,
Analyse sociologique des pratiques contraceptives
de jeunes femmes

sous la direction de François de Singly

2007

Jury :

M. François de Singly (directeur de thèse)

Mme Michèle Ferrand (rapporteuse)

M. Didier Le Gall (rapporteur)

Mme Anne Muxel

M. Patrick Cingolani

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, M. François de Singly, qui m'a permis de réaliser ce travail.

Tous mes remerciements vont ensuite aux jeunes femmes que j'ai rencontrées et qui ont accepté de se livrer et de raconter pendant quelques heures un bout de leur vie à une inconnue. Sans elles, rien n'aurait été possible. Je pense également aux professionnels qui m'ont aidée au cours de mon enquête de terrain (enseignantes, médecins, animateurs, conseillères...).

Je voudrais aussi adresser mes remerciements à tous ceux qui m'ont aidée de près ou de loin dans ce travail de thèse : en particulier Fanny Salane et Sarra Mougel-Cojocar qui m'ont soutenue, relue et supportée depuis le début (entre autres à la BNF) ; mais aussi les relectrices et relecteurs qui ont largement aidé au fait que cette thèse prenne forme : Stéphane Abriol, Adèle Rigaud, Muriel Letrait, Christophe Giraud, Olivier Martin, Armelle Bergé, Hamidou Dia.

Merci à Aude Poittevin, Anne Monjaret, Virginie Descoutures, Benoît Céroux, Françoise Tréguer, Julie L'Azou et Elisabeth Masson pour leurs encouragements.

Enfin, rien n'aurait été possible sans le soutien de ma famille : Marie, Émile, Alain, Mariette, Luce, Jean-Louis, Annie, Aurélie, Leila, Sylvain, Julien. Merci également à mes amis pour leur soutien et leurs questions toujours bienvenues sur la contraception : Émilie, Alison, Mariama, Fatou, Claire, Aline, Anna, Charles, Géro, Nicolas, Benoît, Renaud, Douglas, Jérôme.

Merci surtout et pour tout à Antonin.

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
Sommaire.....	5
Introduction.....	7

Partie I – Construction de l’objet et positionnement méthodologique

Chapitre 1 – Points de vue historique, juridique et statistique sur la contraception	15
1. <i>Un détour par l’histoire et les lois</i>	16
2. <i>Lever les ambiguïtés de l’expression « pilule du lendemain »</i>	26
3. <i>La contraception, un objet d’enquêtes sociologiques récent</i>	35
Chapitre 2 – La contraception d’urgence comme objet sociologique.....	51
1. <i>Un monde toujours plus grand à gérer soi-même</i>	52
2. <i>Les mots pour se dire, l’enjeu des responsabilités</i>	56
3. <i>Une approche par les biographies des jeunes femmes</i>	64
Chapitre 3 – Méthode et présentation de l’enquête.....	75
1. <i>Des entretiens compréhensifs semi-directifs</i>	75
2. <i>L’enquête et ses terrains</i>	79
3. <i>Déroulement des entretiens</i>	88
4. <i>Tableau récapitulatif des jeunes femmes enquêtées</i>	99

Partie II – Socialisation à la sexualité, du baiser à la contraception

Chapitre 4 – Choisir ses « petits copains » et ses partenaires.....	111
1. <i>Lieux de rencontres</i>	113
2. <i>Attentes et désirs des jeunes femmes</i>	114
3. <i>Trois figures du « petit copain »</i>	121
4. <i>Influence du réseau relationnel sur le processus décisionnel</i>	131
Chapitre 5 – Du premier baiser au premier rapport, le temps des premières fois.....	133
1. <i>Choisir ses mots pour parler de sentiments</i>	134
2. <i>Ouvrir une partie de son « jardin privé »</i>	141
3. <i>Avoir et raconter son premier rapport sexuel</i>	154
Chapitre 6 – Sexualité et contraception, des sujets toujours liés.....	177
1. <i>L’accompagnement des mères</i>	178
2. <i>Les prescriptions des professionnels</i>	189

Chapitre 7 – Des rapports sexuels et des pratiques contraceptives.....	207
1. <i>Trois temps pour commencer sa biographie contraceptive</i>	210
2. <i>Annoncer sa contraception, rendre possible un regard sur soi</i>	230
3. <i>Variété des rapports sexuels vécus</i>	236
Partie III – « Épreuve » ou « expérience », deux manières de vivre la contraception d'urgence	
Chapitre 8 – La part des sentiments dans la biographie contraceptive.....	261
1. <i>Représentations des jeunes femmes sur les méthodes contraceptives</i>	263
2. <i>« Choisir » une méthode contraceptive</i>	271
3. <i>Intervention des hommes dans la décision de la contraception</i>	280
4. <i>A la recherche de la « bonne entente physique » et de la « bonne entente contraceptive »</i>	297
Chapitre 9 – Des utilisations différentes de la contraception d'urgence.....	301
1. <i>Faire des « petits arrangements » avec sa contraception</i>	305
2. <i>Une utilisation unique de la contraception d'urgence</i>	322
3. <i>Faire face à des rapports insuffisamment protégés</i>	334
4. <i>Etre protégée, se croire protégée</i>	353
Chapitre 10 – Le recours à la contraception d'urgence, l'occasion d'un retour sur soi.....	357
1. <i>Une « épreuve » à surmonter</i>	359
2. <i>Savoir gérer ses « expériences »</i>	377
3. <i>Contraception d'urgence et construction de soi</i>	386
Chapitre 11 – Des domaines de compétence distincts : entre prise en charge et partage.....	391
1. <i>La contraception, une « affaire de femmes »</i>	392
2. <i>L'intensité du lien amoureux révélée par la participation du partenaire</i>	411
3. <i>Mettre en place des stratégies de protection identitaire</i>	424
Conclusion	429
Annexes	437
Annexe 1 – Précisions sur la présentation des entretiens	
Annexe 2 – Guide d'entretien thématique	
Annexe 3 – Fiche signalétique	
Annexe 4 – Méthodes contraceptives disponibles en France	
Annexe 5 – Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001	
Annexe 6 – Extrait de la brochure du SIPS	
Bibliographie	457
Table des matières	475

INTRODUCTION

En France, malgré la diversité des méthodes contraceptives¹ et leur disponibilité, la plupart des femmes sont amenées à faire face, au cours de leur vie, à un rapport non ou mal protégé, non ou mal contracepté. Bien que les Françaises soient les « championnes du monde » de l'utilisation de la contraception (INPES, 2007), les échecs demeurent fréquents (Bajos, Ferrand, 2002 ; Vilain, 2006). Ainsi, 17,2% des femmes sexuellement actives ont eu recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse au cours de leur vie (Lydié, Léon, 2005). Pour éviter une grossesse non prévue ou non désirée, mais avant de recourir à l'avortement, les femmes ont à leur disposition deux méthodes contraceptives médicales d'urgence : « la pilule du lendemain » et le stérilet². La « pilule du lendemain » est de loin la plus utilisée, avec plus d'un million de comprimés délivrés en 2005 (Vilain, 2006). Cette méthode est disponible en France depuis 1999. On peut se la procurer en pharmacie sans ordonnance. Pour les mineures, elle est gratuite et délivrée sans autorisation parentale. En 2005, environ 13% des femmes sexuellement actives avaient utilisé la contraception d'urgence³. Parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans, elles sont 33% à l'avoir déjà prise (Vilain, 2006). Cependant, si toutes les jeunes femmes rencontrées ont pris la « pilule du lendemain », ce n'est pas pour autant l'unique méthode post-coïtale dont elles parlent et qu'elles peuvent avoir utilisée. « Avec les moyens du bord », elles cherchent à éviter d'être enceintes. « Sauter à pieds joints après l'amour », « contracter ses abdominaux pour expulser les spermatozoïdes », « faire l'amour debout », « prendre une douche de l'intérieur », « tousser exprès », « aller aux toilettes pour “tuer” les spermatozoïdes » ou « prendre plusieurs comprimés de pilule » sont des méthodes utilisées. Toutefois,

¹ Les méthodes « modernes » disponibles sont : la pilule, le stérilet, l'implant, le patch, l'anneau vaginal, le progestatif injectable, les spermicides, le préservatif masculin, le préservatif féminin, la cape cervicale, le diaphragme et la stérilisation à visée contraceptive. À ces méthodes, on se doit d'ajouter celles qui sont dites « naturelles » ou « traditionnelles » : calcul des dates, températures, observation des glaires cervicales, allaitement maternel et retrait du partenaire avant éjaculation.

² Après un rapport sexuel non protégé, la pose d'un stérilet en cuivre est une méthode extrêmement efficace. Il est possible de poser un stérilet jusqu'à 5 jours après la date théorique de l'ovulation (19e jour du cycle habituel). C'est la méthode la plus efficace, et celle qu'on peut utiliser le plus tard après un rapport non protégé.

³ Les chiffres pour 2006 ou le premier semestre 2007 ne sont pas accessibles.

cela relève davantage de protections imaginaires (Mendes-Leite, 1995) que de méthodes contraceptives efficaces.

Pendant le débat parlementaire du projet de loi sur la contraception d'urgence (2000), certains députés et sénateurs se sont plus à croire que les jeunes n'étaient pas en mesure d'autogérer leur contraception et que légaliser la « pilule du lendemain » était une manière de légitimer une vie sexuelle « débridée »⁴. La réalité est pourtant bien différente. Dès lors qu'on interroge les jeunes femmes sur leur vie affective et sexuelle, que l'on consulte les blogs et les forums sur Internet, on peut constater que la sexualité ne se « brade » pas plus aujourd'hui qu'hier. Diverses enquêtes menées entre 1992 et 1998 sur les comportements sexuels, la contraception et la santé des jeunes permettent de décrire les changements et la continuité dans l'initiation sexuelle (ACSF, 1993 ; ACSJ, 1997). Contrairement à certaines idées reçues, l'âge aux premiers rapports sexuels a peu changé au cours des trente dernières années, même si les conditions dans lesquelles ceux-ci se déroulent ont évolué à la suite des progrès de la contraception et des campagnes de prévention du sida. L'âge médian au premier rapport est de 17 ans et demi. Il n'a pas bougé depuis trois décennies pour les garçons et ne s'est abaissé que d'un an environ pour les filles dans la même période (Lagrange, Lhomond et *al.*, 1997). C'est finalement pour répondre au « problème social » que sont les grossesses à l'adolescence et l'avortement que la contraception orale d'urgence a été légalisée.

D'un point de vue général, la contraception d'urgence fait peu l'objet d'enquêtes sociologiques (les principales sont menées en épidémiologie ou en médecine), car l'attention de la plupart des chercheurs porte sur le premier rapport ou plus rarement sur l'avortement. Par ailleurs, dans les recherches portant sur la contraception, le rôle des hommes et l'importance du contexte relationnel pour saisir les pratiques sont bien souvent éludés. Si ce point a été soulevé dans les recherches sur le sida (Maillochon, 1998 ; Levison, 2001), il demeure trop peu abordé à propos des pratiques contraceptives, ce qui est d'autant plus vrai lorsque l'on s'intéresse aux pratiques des jeunes, comme si la vie amoureuse de ceux-ci était trop « débridée » pour qu'on s'y intéresse hors d'un angle « dramatique ». De plus, si la jeunesse est une période caractérisée par une indétermination quant à l'emploi et aux projets familiaux, elle se

⁴ Lors du DEA (2003) j'ai effectué l'analyse du débat parlementaire sur la contraception d'urgence (2000).

présente aussi comme une période d'expériences multiples (notamment en matière de sexualité) caractérisée par l'importance accordée aux relations amicales et amoureuses (Galland, 2001 (1991) ; Bozon, 1993b ; Singly, 1996, 2006 ; Lagrange, Lhomond et *al.*, 1997). L'étude des pratiques contraceptives des jeunes femmes et plus particulièrement de leurs utilisations de la contraception d'urgence apparaît de ce point de vue utile pour comprendre ce qui se joue derrière la protection d'un rapport sexuel. La protection dépasse le domaine strictement sanitaire, elle questionne autant le soi que la relation à l'autre. Il s'agit de savoir si « *la relation vaut le coup* », tant dans la forme (durée de la relation) que dans le fond (les jeunes femmes évaluent leurs sentiments). Mais aussi parce que, par exemple, dire qu'elles ne prennent pas la pilule, c'est prendre le risque de ne pas être considérées comme de « *vraies meufs* » et se voir « *suspectées de vouloir faire un enfant dans le dos* ». Autrement dit, comme le résume une enquêtée « *direct, ça fait pas réglo* ». C'est la confiance entre les partenaires qui est donc aussi testée. Ainsi, nous chercherons à montrer comment le recours à la contraception orale d'urgence et plus largement les pratiques contraceptives peuvent être des indicateurs pertinents pour saisir la gestion des relations affectives, les relations hommes/femmes et enfin le processus de construction identitaire. Une analyse en terme de biographies a permis de soulever ces problématiques. En effet, la diffusion massive de la pilule et du stérilet, mais aussi l'homogénéisation croissante des pratiques invitent à analyser la pratique contraceptive en termes de phases de biographies affectives et sexuelles (Toulemon, Léridon, 1995 ; Bajos, Ferrand, 2002). Par ailleurs, comme le montrent les recherches sur le sida, il a été utile de faire l'étude des normes et des représentations de la sexualité et de la contraception. En conséquence, nous constatons que les pratiques contraceptives s'appuient sur des systèmes de représentations et de normes qui participent de la construction sociale des demandes et des prescriptions. Par exemple, pour les jeunes femmes, la pilule est une contraception « *pour les femmes* », tandis que le stérilet « *c'est pour les mères* ». En outre, si l'étude des pratiques contraceptives amène à se questionner sur les « choix » des jeunes femmes, cela met en évidence l'existence d'inégalités sociales (Bretin, 1992 ; Baccaïni, 1995) et l'importance de prendre en compte les rapports sociaux de sexe (Bajos, Ferrand, 2002 ; Bretin 2004).

À travers ce travail, il s'agira aussi de comprendre les différents recours à la « pilule du lendemain » des jeunes femmes, et de souligner combien la sexualité et la contraception sont des terrains privilégiés pour saisir les relations intragendre et intergenre. L'intérêt

pour la socialisation sera l'occasion de saisir l'importance de la sexualité dans la construction de soi mais aussi de souligner la forte présence des pairs et des parents dans ce domaine.

Il s'agira par conséquent de porter un regard sociologique sur les pratiques contraceptives des jeunes femmes à travers le prisme de la contraception d'urgence, pour saisir l'importance de la dimension relationnelle dans un domaine *a priori* si intime. L'objectif est de comprendre le contexte et le déroulement des recours à la contraception d'urgence, qu'ils soient répétés ou non, mais aussi de saisir les enjeux affectifs et identitaires sous-jacents à cette pratique.

Cette thèse proposera d'aborder la contraception d'après les pratiques de soixante quatre jeunes femmes, (âgées de 15 à 24 ans, vivant en France métropolitaine et ayant déjà utilisé la contraception d'urgence). Sur ce point, nous ne nous démarquerons pas de la plupart des autres enquêtes. Les pratiques masculines seront donc ici évoquées à partir des discours féminins. Analyser les pratiques contraceptives des hommes nécessiterait en effet un travail de thèse à part entière sur les discours et les pratiques masculines. De récentes enquêtes montrent la voie, telle que celle menée par Geneviève Cresson sur les hommes et l'Interruption Volontaire de Grossesse (Cresson, 2006). Loin de considérer que les problèmes des femmes se réduisent à la fécondité, à la maternité, ou à la sexualité, nous donnerons à ces thèmes une place très importante, à la hauteur de la place qui leur est accordée par les jeunes femmes dans les entretiens.

Cette thèse s'articulera en trois parties :

La première partie explicitera comment notre objet de recherche s'inscrit dans un contexte plus large d'études historiques et sociologiques sur la régulation des naissances, et comment il est encadré par les lois (chapitre 1). Nous soulignerons ensuite l'intérêt d'une approche en termes de construction identitaire pour comprendre les pratiques contraceptives et saisir l'importance des enjeux sanitaires et relationnels. La pertinence des approches relationnelles et biographiques pour aborder des pratiques individuelles sera mise en évidence (chapitre 2). Par la suite, nous présenterons le terrain d'enquête constitué essentiellement d'entretiens compréhensifs menés auprès des

soixante quatre jeunes femmes. Nous ferons alors le point sur la relation enquêtée-enquêtrice (chapitre 3).

Les résultats de l'enquête seront présentés dans les deux parties suivantes. Il s'agira alors de répondre à notre question de départ : quels sont les divers enjeux participant au recours à la « pilule du lendemain » ?

Dans la deuxième partie, nous montrerons en quoi la socialisation à la sexualité en tant qu'élément de la socialisation secondaire (Berger, Luckmann, 1986 [1966]) influe sur l'ensemble des pratiques des jeunes femmes : du choix de leurs partenaires (chapitre 4) au vécu de leur premier rapport sexuel (chapitre 5). Nous verrons ensuite combien les informations ayant trait à la sexualité et à la contraception délivrées aux jeunes femmes ne sont pas dissociées ; tant dans les discours des mères que dans celui des soignants (chapitre 6). Ces éléments conduiront à questionner le type de contraception précédant l'acte, associée à l'acte, ou lui succédant ainsi que le type de rapport sexuel : désiré, souhaité, accepté, influencé, forcé. Nous verrons ainsi la place de la relation affective et du déroulement du rapport sexuel dans les « choix » contraceptifs (chapitre 7). Cette partie sera l'occasion de mettre en lumière les cadres de la sexualité et de la contraception. Nous y décrirons les représentations sociales et médicales des professionnels sur les méthodes contraceptives et leurs utilisatrices dans le but d'appréhender le point de vue des soignants. Cela apportera un éclairage sur les questions suivantes : l'implant serait-il uniquement pour les jeunes femmes ayant avorté ? Pourquoi aucune jeune femme n'utilise-t-elle le patch⁵, ni l'anneau vaginal⁶ ? Ceci mettra en évidence combien il est difficile de parler de « choix », comme le suggère la dernière campagne d'information lancée en septembre 2007 par la Ministre de la santé Roselyne Bachelot, pour évoquer l'utilisation de telle ou telle méthode contraceptive, dans la mesure où peu de méthodes sont présentées aux jeunes femmes

⁵ Le patch contraceptif hebdomadaire est disponible depuis janvier 2004 sur ordonnance dans les pharmacies. Ce timbre délivre à dose continue une combinaison d'hormones (progestérone et œstrogène) durant une semaine. Le patch de 4,5 cm² doit être collé sur le bas de l'abdomen ou sur les fesses. Le rythme est mensuel, le patch doit être changé le même jour de la semaine pendant trois semaines. La quatrième semaine, la femme ne doit pas mettre de timbre. Cette méthode n'est pas remboursée par la sécurité sociale (cf. tableau en annexe).

⁶ L'anneau contraceptif hormonal est disponible depuis avril 2004 en France sur ordonnance. C'est un dispositif présenté sous la forme d'un anneau qui se place dans le vagin pour une durée de trois semaines. Un délai de 7 jours doit être respecté entre le retrait et la mise en place d'un nouvel anneau. Cette méthode n'est pas remboursée par la sécurité sociale (cf. tableau en annexe).

comme leur étant « adaptées » (parce qu'elles sont jeunes, qu'elles fument ou encore parce qu'elles n'ont pas de partenaire fixe ou qu'elles n'ont pas d'enfants).

Dans la troisième partie, nous nous attacherons à saisir le lien entre le contexte affectif et la biographie contraceptive des jeunes femmes pour comprendre dans quels contextes surviennent les rapports non ou mal protégés (chapitre 8). Ceci permettra de voir ce qui fait sens pour elles dans l'utilisation de la contraception d'urgence. Ensuite, nous serons amenés à évoquer les « petits arrangements contraceptifs » que les jeunes femmes font avec elles-mêmes, mais aussi avec leurs partenaires. Nous verrons ce qui les amène à ne pas utiliser pour chaque rapport « risqué » (c'est-à-dire non ou mal protégé) une méthode contraceptive post-coïtale puisque cela implique d'être amoureuse ou au moins d'être investie sentimentalement dans la relation (chapitre 9). Puis, à partir des différentes utilisations de la contraception d'urgence (seules ou avec leurs partenaires), nous verrons en quoi cet événement de leur biographie contraceptive marque leur construction identitaire différemment, selon qu'il est vécu comme une « *épreuve* » ou, au contraire, comme une « *expérience* », pour reprendre les mots des jeunes femmes (et comment cela peut conditionner leurs utilisations ultérieures de cette contraception, chapitre 10). Nous nous interrogerons enfin sur la place du partenaire dans le recours à la contraception d'urgence, et nous nous demanderons si le lien affectif n'est pas un des enjeux majeurs dans la protection, qui permettrait de comprendre le recours à la contraception (chapitre 11). Dans cette partie, il s'agira de mettre en lumière les protections imaginaires dont les jeunes femmes usent pour éviter d'utiliser la contraception d'urgence plusieurs fois.

« Quand j'oublie ma pilule une fois ou deux, je prends pas la pilule du lendemain, sinon je la prendrais tout le temps. Je la prends pas, ça sert à rien car j'ai encore du truc dans le sang (...) Ouais j'ai de la pilule dans le sang » (Juliette, 22 ans, étudiante en maîtrise de langues étrangères)

Nous serons ainsi amenés à proposer la notion de « protection identitaire » pour comprendre dans quelles conditions les jeunes femmes partagent ou non cet événement avec leur « *petit ami* », mais aussi pourquoi elles sont amenées à reprendre la contraception d'urgence, puisqu'elles ont toutes eu davantage de rapports « risqués » qu'elles n'ont utilisé la contraception d'urgence.

PARTIE – I

CONSTRUCTION DE L'OBJET ET POSITIONNEMENT MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 1 – POINTS DE VUE HISTORIQUE, JURIDIQUE ET STATISTIQUE SUR LA CONTRACEPTION

La contraception est aujourd'hui très largement utilisée en France métropolitaine. Longtemps cantonnée à la médecine puis à la démographie et à l'histoire, c'est seulement depuis les années 1970 que la régulation des naissances est abordée également d'un point de vue sociologique. En effet, dans les recherches disponibles, on observe que la contraception en tant que principe de régulation des naissances a d'abord été cantonnée au domaine biologique et médical. Il s'agissait plus d'aborder la contraception d'un point de vue physiologique que d'un point de vue psychologique ou sociologique. Par la suite, la contraception, l'avortement et la sexualité sont sortis du domaine réservé au biologique et au médical pour être étudiés par les psychologues, les psychanalystes et surtout les épidémiologistes. C'est à partir de la seconde moitié du XX^e siècle que l'on ne s'est plus contenté de « répertorier les individus déviants, on comptabilise et qualifie les actes sexuels au travers de grandes enquêtes statistiques » (Jaspard, 1997, p. 6). La sociologie s'est intéressée très tardivement à ces questions qui nous paraissent pourtant évidentes aujourd'hui.

Cette recherche a pour objectif de poursuivre les recherches menées sur la contraception et la régulation individuelle des naissances d'un point de vue sociologique. Les détours historiques et législatifs permettront de comprendre combien le droit à la contraception est récent mais fragile. Dans ce chapitre, il s'agira de fournir des données de cadrage de manière à situer notre recherche. Dans un premier temps, l'objectif sera de souligner que les individus ont toujours cherché à maîtriser leur fécondité en dépit des préceptes de l'Église. Dans un deuxième temps, nous verrons que les lois sur la contraception et la régulation des naissances ont marqué le XX^e siècle. On soulignera la récente légalisation de la contraception et de l'avortement. Ensuite, on verra comment la gestion des naissances a pris une place plus importante dans les enquêtes sur la sexualité, ce qui a favorisé la contraception comme objet d'enquête sociologique. Enfin, dans un troisième temps, nous verrons combien la contraception d'urgence est un objet de recherches récent dans les travaux sur la contraception.

1. DÉTOURS HISTORIQUES ET LEGISLATIFS SUR LA CONTRACEPTION

Au fur et à mesure des recherches et de leur contexte historique, la fécondité est devenue la caractéristique exclusive des femmes, et la mesure de la reproduction s'est faite à partir des femmes (Jaspard, 1997). Hervé Le Bras explique que « jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la plus grande confusion règne dans ce domaine. On mesure tantôt la fécondité des hommes, tantôt celle des femmes ou celle des couples, selon l'âge des conjoints ou la durée du mariage. On parle du nombre d'enfants par famille, ou par mariage, mais on est incapable de combiner mortalité et fécondité pour juger si la population s'accroît ou décroît, puis on écarte les mâles de la reproduction. L'époque qui spécialise les femmes dans leur rôle maternel et ménager s'y prête. La démographie les y confine : ce sont elles qui font les enfants à partir des années 1900. Plus besoin d'hommes, plus besoin de mariage. À mesure que l'idée biologique se renforce, on tend à attribuer un rôle prédominant à l'âge de la femme. La proportion d'enfants qu'elle engendre à un âge donné paraît moins le résultat de multiples contraintes sociales pesant sur l'âge du mariage et la volonté des pères de famille que la manifestation d'une aptitude biologique » (Le Bras, 1981, pp. 94-95).

1.1. *Aperçu historique de la régulation des naissances*

Dans *Le sexe et l'occident*, Jean-Louis Flandrin (1981) s'attache à étudier les pratiques des couples et les ordonnances de l'Église avant le XVIII^e siècle, en reprenant les pénitentiels¹. Il met en évidence les conséquences de la mise en place des lois de l'Église. Selon l'auteur, « La doctrine de l'église n'est jamais reçue passivement par les populations. Chaque milieu social l'adapte à ses nécessités, à ses habitudes, à ses croyances traditionnelles » (pp. 109-126). Pour l'Église, « L'emploi de drogues contraceptives est un acte distinct de l'accouplement ; ce n'est pas un péché de luxure mais un crime tenant de l'infanticide et de la sorcellerie ». Le péché contre nature est en conséquence l'acte sexuel stérile en soi. D'après Jean-Louis Flandrin, tous les théologiens qui abordent le sujet condamnent sans équivoque les accouplements contraceptés, même s'il semblerait que, hors du mariage, les pénitentiels poussent

¹ Livres établissant de véritables tarifs de pénitence (ex : « *Tout effort pour détruire le fruit de l'union sexuelle ou simplement le prévenir est condamnable* »).

implicitement à la contraception². Ces travaux apportent un éclairage historique sur la sexualité et la contraception : ils soulignent que les « relations illégitimes n'étaient pas le fait de groupes restreints en marge de la société, et qu'elles impliquaient des pratiques contraceptives. Avant l'introduction massive de la contraception dans le mariage, l'apprentissage de ces pratiques s'est fait dans le « péché » » (Flandrin, 1981, p. 125). Si aujourd'hui l'important dans les relations conjugales c'est l'amour (selon les théologiens et les moralistes chrétiens), les théologiens ne le disent que depuis peu. Pendant des siècles ces derniers n'ont parlé de l'amour, au chapitre de l'union charnelle, que pour dénoncer les dangers de cette passion³. Dans le mariage, il était moins nécessaire (« impensable », selon Philippe Ariès) de recourir à des « fraudes » du type : sexualité non coïtale, contrôle de soi et des sensations pendant le coït avant le XVIII^e siècle. La diffusion du coït interrompu en Occident (en France, à la fin de l'Ancien Régime) a représenté « une sorte d'imprégnation de la sociabilité conjugale par les mœurs extraconjugales : se sont introduites dans le mariage à la fois la plus grande liberté d'expression des sentiments et la plus grande retenue au moment du coït qui caractérisaient les relations extraconjugales » (Ariès, 1973). Ces travaux permettent de retracer les pratiques contraceptives, ils mettent en évidence que l'histoire de la contraception est indissociable de celle de la sexualité et de celle de l'avortement. L'étude de la contraception ne peut se faire qu'en tenant compte des études faites sur la sexualité.

La gestion de la fécondité hors du contrôle de l'Église

L'idée que la vie d'une femme ne pouvait se limiter à l'accomplissement de sa fonction maternelle a pris de l'importance pendant la période des Lumières, puis au moment de la Révolution⁴. Cependant, un « obstacle » persiste (Leridon, 1998) : l'Église avait réussi à investir la vie privée des individus et à la mettre sous contrôle. La solennisation

² À partir du XII^e siècle, la loi de l'Église consacre trois canons (recueil de règles ou de textes réglementaires) à la contraception. Le premier, *Si aliquis*, assimile à l'homicide l'emploi des « poisons de stérilité », les deux autres, *Aliquando* et *Si conditiones*, attaquent la contraception en tant que contradictoire au mariage.

³ Dans les sociétés occidentales du passé, c'est traditionnellement à l'idée de la « dette conjugale » que l'on se référait pour légitimer l'union charnelle des époux. Chacun des conjoints était considéré comme le propriétaire de l'autre et pouvait, à ce titre, exiger son dû dans le respect des convenances sociales et des prescriptions rituelles et religieuses. Ce droit était un droit concret limité à une relation particulière entre deux êtres et eux seuls (Béjin, 1981, pp. 169-180).

⁴ En s'adressant aux citoyennes comme aux citoyens (même si les premières n'obtinrent que beaucoup plus tard le droit de vote), et en commençant à reconnaître l'enfant comme individu, les femmes naissaient aussi à l'individualité (Ariès, 1973).

du mariage, à partir du XIII^e siècle, la chasse aux grossesses et aux relations sexuelles hors mariage, la valorisation d'une procréation sans limites le contrôle des mœurs sexuelles au travers de la confession avaient permis à l'Église d'y parvenir à peu près aux XVI^e et XVII^e siècles. Malgré l'influence de l'Église, l'étude des comportements démographiques par l'analyse de la fécondité a permis de cerner la pratique de la contraception (cf. l'exemple de Rouen, Lebrun, 1991). En effet, naissances légitimes et illégitimes, conceptions prénuptiales, écarts entre les naissances, âge au mariage ou remariages, permettent de constater que depuis le XVIII^e siècle, ni la rigueur de la loi, ni la difficulté des procédés n'ont pu entraver la volonté contraceptive⁵. Il s'agissait, dès lors, de chercher des moyens pour ne plus avoir d'enfant et ce malgré les prescriptions de l'Église. Par ailleurs, la littérature de l'époque révèle l'utilisation de produits à vocation contraceptive ; Philippe Ariès montre à travers les lettres de Madame de Sévigné adressées à sa fille (épouse Grignan) que la volonté de contrôle des naissances existait dès le XVII^e (Vénard, Ariès, 1954)⁶. Les démographes ont constaté la diminution du nombre moyen d'enfants par famille dès la seconde moitié du XVIII^e siècle en France. Ainsi, les femmes nées en 1900 ne donneront naissance qu'à deux enfants en moyenne. Cette chute de la fécondité, considérée comme prodigieuse, ne trouve d'explication que par la maîtrise drastique des conceptions et par une sexualité contrôlée dans toutes les catégories sociales⁷. Avant même que les divers aspects de la physiologie de la reproduction ne soient connus, on s'était préoccupé de trouver des moyens pour rendre certains rapports sexuels non fécondants. Toutes les sociétés ont cherché à réguler leurs populations d'une manière ou d'une autre, de plus, « les procédures et institutions qui assurent la socialisation de la sexualité et de la procréation sont éminemment variables selon les sociétés et visent diversement les femmes et les hommes » (Journet, p. 17). Ainsi le système d'échange des femmes, la réglementation

⁵ Les données de Rouen montrent que la baisse de l'âge moyen des mères à la dernière naissance prouve qu'il s'agissait d'une contraception d'arrêt et non d'une contraception d'espacement des naissances.

⁶ Madame de Sévigné conseille la pratique de la chasteté à sa fille pour éviter une « rechute » : « *Songez que voici la troisième fois que vous accouchez au mois de novembre. Ce sera au mois de septembre cette fois-ci si vous ne le gouvernez* ». Mais ce n'est pas le seul passage où elle évoque des techniques anti-conceptionnelles : « Une réponse de Madame de Sévigné semble indiquer que les sages-femmes conseillaient, pour éviter la conception, des recettes dont l'efficacité paraissait douteuse aux esprits avisés ». Enfin, dans ses lettres, la mère évoque l'existence de « *restringents* », ce qui, d'après Philippe Ariès, est « dans la langue du temps, un terme de médecine : qui a la vertu de resserrer le ventre, ou une autre partie relâchée. (...) Madame de Sévigné l'emploie dans un sens nettement contraceptif (...). Nous avons la certitude qu'il existait alors une pratique d'usages contraceptifs, désignés par un mot emprunté à la langue médicale, les *restringents* » (Ariès, 1954, p. 697).

⁷ Pour une histoire des méthodes contraceptives utilisées à la fin XIX^e et au début du XX^e siècle, voir le travail d'Anne-Marie Sohn (1996a, chapitre 12, pp. 803-908).

du mariage, notamment l'âge au mariage, les interdits sexuels pendant l'allaitement sont autant de moyens de régulation de la fécondité auxquels on peut ajouter l'infanticide ou l'abandon d'enfants par exemple (Jaspard, 2005a). Cependant, ces techniques n'étaient ni suffisamment efficaces ni suffisamment répandues pour réduire de manière significative le niveau général de la fécondité (Leridon, 1998). L'approche historique de la contraception ne peut être dissociée dans un premier temps de celle de l'avortement, puisqu'il s'agissait plutôt d'un contrôle de la fécondité et d'une tentative de régulation des naissances par tous les moyens possibles, en amont ou en aval du rapport sexuel potentiellement fécondant. Norman Himes s'est d'ailleurs attaché à répertorier les descriptions de méthodes contraceptives (ou abortives) en passant en revue toutes les informations disponibles sur le sujet dans les sociétés traditionnelles, anciennes, ou contemporaines (Himes, 1963). Parmi les plus répandues on peut citer les pessaires (substances spongieuses), ovules, capes cervicales, expulsion du sperme hors vagin, douche vaginale, absorption buccale de breuvages (Van de Walle, 2005), sans parler de procédés abortifs ou permettant de faire « revenir » les règles. Et même si les historiens ne s'accordent pas sur le début de la médicalisation de l'avortement⁸, ils se rejoignent sur le point de passage d'une méthode à une autre. Les méthodes mécaniques (c'est-à-dire l'intervention directe au niveau du vagin et de l'utérus) auraient remplacé totalement ou en partie les méthodes traditionnelles fondées sur la chaleur, la pratique de la saignée ou de l'absorption de plantes et substances médicamenteuses et les pratiques superstitieuses qualifiées parfois de sorcellerie.

L'ignorance et la méconnaissance du fonctionnement du corps quant à la reproduction sont restées considérables, les grandes lignes des mécanismes physiologiques et génétiques fondamentaux ne sont connues que depuis un peu plus d'un siècle et les détails depuis quelques décennies. Dans un contexte de méconnaissance du cycle menstruel et des mécanismes de l'ovulation, le risque est permanent, les précautions à prendre systématiques. Le retrait, ou coït interrompu, est avec la continence périodique la méthode la plus répandue et la plus ancienne (elle a été en France du XVIII^e siècle jusqu'à la seconde moitié du XX^e siècle le moyen de contraception des couples légitimes toléré par l'Église).

⁸ Edward Shorter (1984) situe cette transition à la fin du XIX^e siècle. Agnès Fine, place cette transition dès le début du XIX^e siècle.

Par la suite, la découverte en 1930 des périodes probables de fécondation par les docteurs Kyusaku Ogino⁹ puis Hermann Knaus a permis à de nombreux couples de combiner abstinence périodique et retrait. Ces découvertes ont contribué à mettre au point des méthodes contraceptives efficaces et d'aide à la procréation. L'histoire de la contraception s'est déroulée en deux temps, le premier avant la fin du XVIII^e siècle, quand s'est amorcé le processus de transition démographique¹⁰, et le second avec l'arrivée des méthodes médicales de contraception et leur légalisation (Leridon, Charbit et *al.*, 1987). « La médicalisation de la sexualité et de la vie en général a fortement crû depuis les années 1960 (Aïach, Delanoé, 1998) : en témoignent par exemple le développement des médicaments de confort (Prozac®, psychotropes, etc.), dénommés dans les pays anglo-saxons médicaments de « style de vie » (lifestyle drugs) » rappelle Michel Bozon (2004, p. 18). Ceci a eu pour conséquence une production importante de normes « dans la mesure où elle [la médicalisation] diffuse dans le public une définition purement technique (en apparence) de ce qu'est un bon fonctionnement sexuel, qui a pour conséquence indirecte de renforcer les définitions normatives du féminin et du masculin » (Bozon, 2004, p. 28).

1.2. **La légalisation de la contraception**

L'histoire de la contraception d'urgence s'inscrit pleinement dans celle de la contraception, et l'objectivation par l'analyse historique et législative de la contraception et de l'avortement permet de saisir les différents enjeux se trouvant derrière les changements de lois. Si la France est un des premiers pays d'Europe à connaître une baisse de la fécondité à la fin du XVIII^e siècle, il faut se rappeler que pendant cette période, l'article 317 du code pénal de 1810 punit de réclusion (dans les dépôts de mendicité puis les maisons de force et enfin dans les hospices d'aliénés) les femmes qui se livrent à des manœuvres abortives et aux travaux forcés les médecins qui les ont aidées.

⁹ Premier médecin à établir de façon irréfutable en 1923 que la période fertile se situe au milieu du cycle, l'ovulation survenant en moyenne treize jours avant les règles.

¹⁰ Ce processus consiste en une double évolution : une baisse régulière de la mortalité et une diminution progressive de la fécondité (dont la régularité a été interrompue par les années du baby-boom), phénomènes largement irréversibles.

« Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de réclusion. La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi : les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

(Loi citée par Jean Yves Le Naour, Catherine Valenti, 2003)

L'avortement était déclaré acte contraire aux intérêts de la société et de l'État. Puis, c'est après la première guerre mondiale que les pouvoirs publics, jusqu'alors peu soucieux du problème des naissances, commencent à s'en préoccuper. Partisans d'une politique de natalité et malthusiens s'opposent vivement. Le 31 juillet 1920 est votée la loi qui, dans un même texte, prohibe indistinctement la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

« Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 100 à 5000 francs quiconque dans un but de propagande anticonceptionnelle aura par l'un des moyens spécifiés aux articles 1 et 2 décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse ou encore facilité l'usage de ces procédés. Les mêmes peines seront applicables à quiconque par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881 se sera livré à une propagande antinataliste »

(Journal Officiel, 1^{er} août 1920)

Ainsi, si la Loi de 1920 a sonné le glas de la contraception féminine, elle n'a pas détruit pour autant l'esprit contraceptif (Jaspard, 1997, p. 36) puisque les individus continuent d'utiliser des méthodes pour réguler les naissances. Cette loi contribua à accroître les inégalités sociales, puisque les femmes des milieux aisés pouvaient se procurer des préservatifs féminins dans les pays voisins (Suisse, Hollande, Angleterre). Toutefois, suite à la Grande Guerre s'effectue un repli sur les valeurs familiales et la nécessité de combler les pertes humaines. Sous le régime nataliste de Vichy, l'avortement devient un crime pour l'État français (Loi du 15 janvier 1942).

Dans ce contexte et en l'absence de légalisation de la contraception, le courant *Birth Control* est importé en France, prônant que la contraception est avant tout une prophylaxie contre l'avortement. C'est dans ce contexte que les femmes font l'amour « la peur au ventre » (Thébaud, 1991), le récit d'Annie Ernaux¹¹ en est une bonne illustration « *Je suis enceinte, c'est l'horreur (...). Début octobre j'avais fait l'amour plusieurs fois avec P., que j'avais rencontré pendant les vacances (...) je me savais*

¹¹ Annie Ernaux, *L'événement*, Gallimard, Paris, 2000, p. 21.

dans une période à risques selon le calendrier Ogino de contrôle des naissances, mais je ne croyais pas que « ça puisse prendre » à l'intérieur de mon ventre ». La condition commune des femmes a été la peur de l'enfant et la peur de la grossesse. « Être « prise », être « pincée », « tomber enceinte » : autant d'expressions populaires qui en disent long sur l'amour sans joie, l'angoisse des règles attendues et du ventre qui enfle, angoisses longtemps muettes parce que rendues coupables par l'opinion, par l'Église, par la loi » explique Françoise Thébaud (1991, p. 285). Ce n'est pas la lenteur des recherches médicales sur la contraception qui sont à mettre en cause puisque le diaphragme a été mis au point dès 1838 et vendu avec des gelées spermicides (disponibles en France jusqu'en 1920), les ovules contraceptifs et le stérilet inventés dès 1928 étaient plus fiables en 1950 ; quant à la pilule, elle a été mise au point dès 1950 et améliorée en 1957. Néanmoins, les femmes n'ont pu en bénéficier puisque ces méthodes ne pouvaient être vendues, ni utilisées en France, selon la loi de 1920 toujours en vigueur.

Dans le contexte de la campagne présidentielle de 1965, la contraception devient un des éléments du débat politique. La loi de 1920 est vivement contestée, décriée, et son abrogation revendiquée, et ce jusqu'au vote de la loi dite « Loi Neuwirth », le 28 décembre 1967 (Loi n°67-1176).

« Les articles L.648 et 649 du code de la santé publique sont abrogés. En conséquence, les mots "anticonceptionnels" et "propagande anticonceptionnelle" sont supprimés de l'intitulé du chapitre V du titre III du livre V du code de la santé publique (première partie).

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. Un décret précisera les modalités d'application de la présente disposition »

(Journal officiel, 29 décembre 1967)

Le 3 février 1969 paraît le décret portant application des articles 2 et 3 de cette loi et autorisant l'importation, la fabrication et la vente sur ordonnance de la pilule par les pharmaciens. Ce n'est que le 17 mars 1972 que le décret concernant l'insertion du stérilet est publié. C'est au bout de cinq années que les décrets d'application de la loi

seront publiés dans leur totalité¹². Mais le 25 juillet 1968, les Catholiques reçoivent la réponse officielle du Pape Paul VI – tant attendue – sur le problème de la régulation des naissances : l'encyclique *Humanae Vitae* est une condamnation sévère de toutes les méthodes de contraception qui ne respectent pas la loi naturelle.

« En conformité avec ces points fondamentaux de la conception humaine et chrétienne du mariage, nous devons encore une fois déclarer qu'est absolument à exclure, comme moyen licite de régulation des naissances, l'interruption directe du processus de génération déjà engagé, et surtout l'avortement directement voulu et procuré, même pour des raisons thérapeutiques. Est pareillement à exclure, comme le Magistère de l'Église l'a plusieurs fois déclaré, la stérilisation directe, qu'elle soit perpétuelle ou temporaire, tant chez l'homme que chez la femme.

Est exclue également toute action qui, soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation. »

(Encyclique *Humanae Vitae* (14) par Paul VI, 25 juillet 1968)

À la suite de la loi Neuwirth, la loi Veil, bénéficiant du contexte favorable suite à la promulgation de l'ensemble des décrets encadrant la contraception, a été votée, légalisant par conséquent l'avortement. « Légiférer, c'était essayer de prendre en compte la pluralité des attitudes en matière d'avortement, tenter de concilier l'inconciliable : à des valeurs morales et religieuses profondément ancrées dans les représentations sociales, telles que le « respect de la vie », s'opposaient violemment des courants plus récents prônant l'autonomie de la femme et la procréation volontaire. » (Ferrand, 1982, p. 383). L'utilité de ces lois était incontestable, les attentes des femmes allaient en ce sens : un contrôle des naissances avec des moyens fiables, médicaux et légaux. Les statistiques de vente de la pilule illustrent la nécessité à laquelle a répondu la loi : en 1970, 6 % à 7 % des femmes de 20 à 44 ans utilisaient la pilule, elles étaient de 12 % à 13 % à le faire en 1973 et de 24 à 25 % en 1975 (Leridon, 1979). Ainsi, « les conflits nés de la possibilité d'une libéralisation de l'avortement ont permis la reconnaissance de la contraception comme fait social ordinaire. Celle-ci est en effet présentée comme la seule échappatoire possible en face de la difficulté de concilier deux données contradictoires : l'atteinte à la vie humaine que constitue l'interruption volontaire de grossesse et le respect de la liberté de la femme qui semble être une des

¹² Et ce n'est qu'avec la loi de 1974 (décret en 1975) portant sur les « diverses dispositions relatives à la régulation des naissances » qu'on supprimera les quatre restrictions de la Loi Neuwirth : la vente aux mineurs est subordonnée au consentement des parents ; les femmes doivent donner nom et adresse au pharmacien lors de l'achat de la pilule ; l'insertion du stérilet doit être déclarée à l'inspection départementale de la santé ; la sécurité sociale ne rembourse ni les « médicaments, produits et objets contraceptifs » ni « les frais d'analyse et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ».

conquêtes les plus essentielles de ce siècle. Face à « l'irresponsabilité » que représente l'avortement, les pratiques contraceptives modernes deviennent la norme positive, le signe de la bonne adaptation sociale de la femme, la preuve de sa maturité psychologique. Le caractère positif de la contraception est conforté par ailleurs médicalement par l'idée que l'avortement, même exécuté dans de bonnes conditions, n'est pas un acte anodin, et qu'un certain risque, rarement majeur il est vrai, y reste associé » (Ferrand, 1982, p. 394).

Les différentes lois adoptées avant les années 1980 aident à interpréter les recours aux différentes méthodes de régulation des naissances. La distinction entre l'histoire de la contraception et celle de l'avortement est très récente, mais elles restent très liées (ainsi, les campagnes d'informations sur la contraception (2000, 2002, 2007) sont élaborées pour diminuer le nombre d'avortements). Il est utile de souligner que « dans le domaine de la sexualité, la plupart des lois ont été votées parce qu'une pression de plus en plus forte s'exerçait sur la classe politique, parce que des groupes de plus en plus actifs exigeaient un changement de législation correspondant à des situations observées en nombre croissant dans la société française et que, dans plusieurs cas, la législation en vigueur n'était même plus respectée, ce qui posait problème à des pouvoirs publics impuissants devant des transgressions fréquentes et délibérées » (Mossuz-Lavau, 2003a, p. 146). « Si l'on s'en tient à un ordre chronologique strict, ce sont bien les changements intervenus dans les mœurs qui conduisent le législateur, saisi par les groupes porteurs de revendications, à produire de nouvelles lois répondant à une sorte de nouvel état de la société. Pourtant, cela ne signifie pas qu'elles sont accueillies à bras ouverts par l'ensemble de cette société dont toutes les composantes n'évoluent pas au même rythme et au sein de laquelle les affrontements peuvent être vifs » (Mossuz-Lavau, 2003a, p. 149).

Les grossesses à l'adolescence, un enjeu de santé publique

La légalisation de la contraception d'urgence en 2001 (Loi n°2001-588) était nécessaire selon les parlementaires pour réduire le nombre considéré comme « trop élevé » de grossesses à l'adolescence (considérées uniquement comme une déviance) et faire baisser le taux d'avortement de ces dernières. Pour cela, le gouvernement de Lionel Jospin a lancé une campagne intitulée « La contraception, à vous de choisir la vôtre » (d'abord en 2000 puis relancée en 2002). L'objectif était d'informer sur la contraception afin de faire baisser le taux d'avortements (en particulier des jeunes, considéré comme

davantage problématique) puisque aucune campagne d'information n'avait été menée sur la contraception depuis 1982¹³ (lancée par Yvette Roudy, Ministre des droits de la femme, « La contraception est un droit fondamental »). C'est d'ailleurs dans la même idée que la campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » a été lancée le 11 septembre 2007 par Roselyne Bachelot (Ministre de la santé).

Cependant, les recherches sur les grossesses adolescentes (Kafé, Brouard, 2000 ; Le Van, 2002 ; Charbonneau, 2003) montrent que l'information à la contraception est un « faux problème » puisque, comme l'affirme Charlotte Le Van, « Le défaut de contraception ne suffit pas, loin s'en faut, à expliquer à lui seul la grossesse » (Le Van, 2002, p. 396). Pour l'auteure, l'association trop fréquemment faite entre contraception et pilule a des conséquences néfastes : les autres méthodes contraceptives sont délaissées au profit de la pilule dont l'utilisation reste contraignante (dépendance vis-à-vis du corps médical, examens médicaux, régularité des prises, etc.) ce qui expliquerait les abandons de pilule. Par ailleurs, elle insiste sur le fait que ce n'est pas la méconnaissance de la contraception qui est à mettre en cause dans les grossesses adolescentes mais davantage la disponibilité des contraceptifs. Enfin elle explique que « manifestement, la grossesse ne relève pas seulement d'un « accident » ou d'un manque d'information, mais est souvent désirée, de façon plus ou moins consciente. Dans la plupart des cas, il semble peu probable qu'un supplément d'information ou un meilleur suivi médical ait été en mesure de rectifier le comportement contraceptif de ces jeunes femmes. [...] Bien souvent, le défaut de contraception est invoqué pour rationaliser une conduite qui procède en réalité d'un désir plus ou moins conscient de grossesse et/ou d'enfant » (Le Van, 2002, pp. 397-398). Les difficultés de contraception seraient alors un prétexte pour justifier une grossesse hors de la norme de l'âge socialement requis au premier enfant. Les récentes campagnes d'information sur la contraception menées par les gouvernements soulignent combien le nombre d'avortements et les grossesses adolescentes posent des problèmes de santé publique. Les enquêtes sociologiques ont souligné l'existence de deux « paradoxes » contraceptifs. Tout d'abord, la France est un des pays où le taux de contraception, notamment médical, est le plus élevé au monde, mais qui présente dans le même temps un taux d'IVG parmi les plus élevés. Ainsi, deux tiers des IVG en France surviennent

¹³ En 1992, la campagne à l'initiative de la secrétaire d'Etat aux droits de la femme Véronique Neiertz « La contraception ça devient simple quand on en parle » portait à la fois sur la prévention du sida et du préservatif, ce qui a considérablement affaibli le message relatif à la contraception.

chez des femmes qui utilisent une contraception (Bajos, Moreau, Leridon, Ferrand, 2004). Ensuite, on peut se demander pourquoi le nombre d'interruptions volontaires de grossesse ne diminue pas malgré l'introduction de la contraception d'urgence en vente libre (2001).

La légalisation de la contraception d'urgence

Les femmes utilisent des dispositifs (ou préparations) lorsqu'elles veulent prévenir une grossesse après un rapport sexuel : exercices physiques violents pour tenter d'évacuer le sperme des voies génitales, potions, graines ou herbes prises oralement ou placées dans le vagin, douche vaginale sont autant de méthodes connues pour avoir été utilisées. Dans les années 1940, des essais pour mettre au point une contraception d'urgence ont été menés sur la femme, et c'est seulement dans les années 1960 que les premières études ont été publiées (Ellertson, 1996). « En 1964, s'inspirant d'études vétérinaires, Haspels *et al.* administrent une forte dose d'œstrogènes à une jeune fille de 13 ans après un viol. Dans les années 1970, Yuzpe commence des essais de contraception post-coïtale combinant les œstrogènes aux progestatifs afin d'en diminuer les effets secondaires. Pendant la même période, l'utilisation de progestatifs seuls se révèle également très efficace avec peu d'effets secondaires et l'insertion d'un stérilet en cuivre démontre son utilité comme contraception post-coïtale. » notent Sandrine Ottesen, Françoise Narring *et al.* (2002, p. 145). Contraception et contraception d'urgence arrivent ainsi simultanément dans l'histoire des contraceptifs. En 1974, le docteur Canadien Albert Yuzpe confirmait que si une femme prenait deux comprimés de pilule type Ovral® ou Stédiril®¹⁴ dans les 72 heures suivants le rapport sexuel, et deux pilules de plus les 12h suivantes, elle réduisait les chances de tomber enceinte suite à ce rapport, c'est ce qu'on a appelé longtemps la méthode Yuzpe ou « *postcoital contraception* ». Il ressort de nombreuses analyses que la méthode Yuzpe permet de prévenir, en moyenne, près de trois quarts des grossesses non voulues qui se produiraient si aucun traitement n'était entrepris. Durant la même période (1976) sont entreprises les poses post-coïtales de stérilet (dispositifs intra-utérins), ayant la même fonction de contraception orale d'urgence, mais dont la posologie est plus souple, le

¹⁴ Deux comprimés contenant chacun 50ug d'Ethinylestradiol® et 0,25mg de Lévonorgestrel® sont administrés immédiatement, suivis de deux autres comprimés 12 heures plus tard. La marque des pilules importe peu, du moment que les mêmes doses d'œstrogènes et de progestérone sont administrées. Dans les entretiens réalisés, les jeunes femmes qui ont eu recours à la contraception d'urgence avant 2000 ont toutes (ou presque) eu recours au Stédiril®.

stérilet pouvant être placé jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel (en cas de pose post-coïtale d'un stérilet, l'efficacité est plus grande, de l'ordre de 99 %), cependant les nombreuses contre-indications ont fait que cette méthode a été largement sous-utilisée par rapport à la contraception orale d'urgence. En effet, l'insertion d'un stérilet est fortement déconseillée aux femmes ayant un risque de développer une infection sexuellement transmissible (celles qui ont des partenaires sexuels multiples). Pour les jeunes femmes, l'insertion d'un stérilet augmenterait les risques de maladies inflammatoires pelviennes et donc de stérilité (Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002, p.146).

Si elle existe depuis plusieurs décennies, ce n'est que très récemment que la contraception orale d'urgence a été réglementée en France : les autorisations de mise sur le marché pour les deux contraceptifs d'urgence datent de la fin des années 1990 (Tetragynon® en 1998 puis Norlevo® en 1999), dans le contexte plus global d'un projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Ainsi, les propositions de lois sur le délai de recours à l'IVG, l'accès à la contraception d'urgence (2000) et le retrait de l'autorisation parentale (2001) sont amenées alors que déjà « une jeune femme dès 15 ans peut légalement avoir recours à la contraception en se rendant dans un centre de planification familiale, devenir mère, accoucher sous X, remettre son enfant à l'aide sociale, exercer l'autorité parentale, tout cela sans l'autorisation de ses parents, [mais] elle est [cependant] obligée d'obtenir l'autorisation d'un de ses deux parents pour avoir recours à l'IVG. Lorsqu'elle est mariée, elle est émancipée par le mariage et peut alors recourir seule à l'IVG » (Bajos, Ferrand, 2001, p. 101).

Le projet de loi concernant la contraception d'urgence (2000) s'est construit autour d'un discours unificateur dont l'objectif était d'aboutir à un consensus : il fallait diminuer le nombre d'avortements et réduire le nombre de grossesses d'adolescentes. Il s'agissait en conséquence d'adapter la loi à son temps en proposant une meilleure vie contraceptive aux jeunes. Comme lors du débat sur l'avortement (Ferrand, 1982), les parlementaires font le pari que la légalisation et l'encadrement du recours à la contraception d'urgence feront plus pour faire « disparaître » l'avortement qu'une répression ou une moralisation dont on a constaté auparavant, et à plusieurs reprises, l'inefficacité. Toutefois, s'ils sont tous d'accord pour réduire la pratique, ils ne proposent pas tous les mêmes moyens pour y parvenir, et n'ont pas tous la même interprétation de la loi, ce qui remet en cause l'image unanime de départ (Amsellem-Mainguy, 2003b). Pour ceux qui considèrent la contraception d'urgence comme une pilule abortive, la loi risque d'être incitative, c'est-

à-dire qu'elle risque d'encourager les jeunes à avoir une « sexualité débridée », sans codes, désacralisant l'acte sexuel conduisant par voie de conséquence à la « banalisation » de l'avortement. En réponse à ces allégations assimilant la pilule du lendemain à une méthode abortive, de nombreuses enquêtes permettent aujourd'hui d'affirmer que les œstroprogestatifs ou les progestatifs seuls n'induisent pas d'avortement, ces méthodes n'étant plus efficaces après la nidation (Glasier, 1997 ; Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002)¹⁵. Pour les partisans de la loi, celle-ci permettrait d'être un rempart à l'avortement, et devrait permettre aux femmes, et aux jeunes en particulier, d'avoir une « roue de secours ». La pression des associations de femmes va en ce sens et rend inévitable un changement de législation (Mossuz-Lavau, 2003a). Les objectifs de réduire les grossesses adolescentes et le nombre d'avortement (des jeunes) sont les pivots du projet de loi. Comme dans la loi sur l'avortement, on retrouve dans celle sur la contraception d'urgence l'idée de « détresse caractérisée » justifiant le recours libre à une méthode contraceptive d'urgence (Loi n°2001-588 promulguée le 4 juillet 2001).

Article 1^{er} : L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés : « Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire. »

« Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret. Leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. »

« Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles informent ensuite de leur décision le médecin scolaire, s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

Article 2 (nouveau) : Avant le 31 décembre 2002, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'application du cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique autorisant les infirmières scolaires à administrer une contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures ainsi que la délivrance à titre gratuit dans les pharmacies d'une contraception d'urgence aux mineures »

(Journal officiel du 7 juillet 2001)

¹⁵ La Mifépristone®, en revanche, a une action abortive lorsqu'elle est prise après la nidation, ce qui n'est pas le cas lors de son utilisation dans les délais d'une contraception post-coïtale (Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002, p. 146).

Cette loi supprime l'autorisation parentale pour les mineures désirant avorter, en acceptant qu'un « adulte référent » accompagne celles-ci. En outre, elle autorise les infirmières scolaires à donner aux collégiennes et lycéennes ladite « pilule du lendemain »¹⁶. « La loi est intervenue parce que la situation devenait explosive et que la Gauche ne pouvait accepter plus longtemps de se voir accusée de vouloir protéger l'ordre moral » (Mossuz-Lavau, 2003a, p. 149). La France fait figure de précurseur en matière de contraception d'urgence, puisqu'elle fait partie des premiers pays à avoir autorisé une délivrance sans prescription (avec la Grande-Bretagne, le Portugal, la Suède, la Norvège ou les Pays-Bas, mais aussi l'Afrique du Sud), ce qui n'est toujours pas le cas aux États-Unis.

Aujourd'hui, la dissociation du rapport sexuel et de la fécondation est généralisée dans la quasi totalité des couches sociales ; la contraception moderne a parfait la séparation entre sexualité et procréation et a introduit la non-nécessité de procréer à l'intérieur même des rapports biologiquement reproductifs (Tabet, 1985, p. 98). Aussi, la légalisation des contraceptifs et leurs utilisations depuis plusieurs générations, ont permis de redéfinir les normes du déroulement du rapport sexuel.

Avant de poursuivre, il nous semble important à présent de déconstruire l'expression « pilule du lendemain » afin d'en saisir les limites et son implication possible sur les pratiques. En effet, le choix des termes utilisés dans une enquête doit tenir compte de la compréhension possible par les enquêtées. Dans le cas de la « pilule du lendemain », nous verrons comment cela trahit une vision normative des pratiques. En effet, cette expression a été conçue à travers le filtre des normes de la sexualité adulte, choisie par des adultes sans tenir compte des différents publics susceptibles d'y avoir recours. Pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessous, nous utiliserons « contraception d'urgence » plutôt que « pilule du lendemain », même si lors de l'enquête de terrain nous parlions de « pilule du lendemain ».

¹⁶ Il est important de noter que la loi sur la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci par les infirmières scolaires dans les établissements scolaires du second degré a été votée en décembre 1999 puis suspendue entre juin 2000 et mars 2001 suite à un recours au conseil constitutionnel par des associations de défense de la famille et militant pour le droit à la vie (ex : Laissez-les vivre ou Transvie). La loi a finalement été promulguée le 4 juillet 2001 par le Président de la République Jacques Chirac, le Premier Ministre Lionel Jospin (à l'époque Ségolène Royal était Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées et Bernard Kouchner était Ministre délégué à la Santé). Enfin, c'est en janvier 2002 que le Norlevo® est devenu gratuit pour les mineures.

2. LEVER LES AMBIGUÏTÉS DE L'EXPRESSION « PILULE DU LENDEMAIN »

L'expression « pilule du lendemain », tout comme son utilisation, ne datent pas de sa légalisation (1999 en France)¹⁷. On trouve en effet les premières traces de l'expression dans les enquêtes INED-INSEE sur les situations familiales et l'emploi de 1994 (modalité E8, in Leridon et *al.*, 1988, p. 29) sans que celle-ci ne soit pour autant commentée. L'analyse de la presse permet de voir que l'expression n'émerge qu'à partir de la fin des années 1990. Le premier article paru dans *Le Monde* sur la contraception d'urgence date du 22 novembre 1998¹⁸ et s'intitule « Près de 10.000 grossesses non désirées sont constatées chaque année chez des adolescentes » ; il fait état de la décision de Bernard Kouchner (alors Ministre délégué à la Santé) de « faciliter l'accès à la pilule du lendemain ». L'emploi de cette formulation pour nommer la contraception d'urgence peut toutefois prêter à confusion. L'appellation « pilule » est un nom objectivement contradictoire, même si l'ambiguïté n'est guère repérable lorsqu'on est favorable à ce type de méthode contraceptive (une fois dans le langage commun, on adhère à l'expression et on la réutilise sans se questionner sur la signification de celle-ci). Or, dans l'enquête qualitative menée auprès de jeunes femmes, il a été indispensable de questionner de nouveau l'expression « la pilule du lendemain » (et son équivalent en

¹⁷ Par exemple, l'expression apparaît en 2001 dans le dictionnaire Larousse au sein de la définition de « pilule » (donc pendant les débats parlementaires et leur médiatisation).

¹⁸ Au total, trente-cinq articles ont été écrits à partir de l'année 1999 sur les grossesses adolescentes et/ou sur la contraception d'urgence, dont 11 en 1999, 21 en l'an 2000 et enfin 3 entre 2001 et 2003. La forte représentation des articles pour les années 1999 et 2000 permet de situer le moment où la contraception d'urgence a été au cœur de l'actualité. Ces articles sont dans des rubriques et thématiques différentes selon les événements : société ou santé, brèves ou dépêches, exposé des faits, ou encore interviews. Le 25 juin 1999, *Le Monde* titrait « Une « pilule du lendemain » est désormais en vente libre dans les pharmacies ». Dans la suite de cet article est spécifiée l'utilisation de la « pilule du lendemain » et ajouté que « le Norlévo est composé d'un progestatif seul, cette particularité, qui permet d'éviter tout effet secondaire grave, explique pourquoi il a été mis en vente libre ». Des articles sur les conditions d'utilisation de la « pilule du lendemain » ont été publiés (« Le mode d'emploi de la contraception d'urgence » dans *Le Monde* du 15 décembre 1999, ou encore « Les différentes méthodes » contraceptives dans *Le Monde* du 12 janvier 2000), et les résultats positifs des statistiques des pays européens ayant déjà opté pour cette contraception (« une étude écossaise montre que les femmes qui utilisent la « pilule du lendemain » se tournent progressivement vers une contraception régulière classique » dans *Le Monde* du 25 juin 1999).

anglais « *morning-after pills* ») pour comprendre les pratiques et les représentations des enquêtées¹⁹.

L'inconvénient du singulier

Dès le début de l'utilisation de l'expression en France (1994) et sa banalisation (1999-2000), il a été communément admis d'utiliser le singulier pour cette méthode de contraception. Or, jusqu'en 2004, la posologie était de plusieurs comprimés : avant 1999, il s'agissait de prendre deux comprimés de Stédiril® au maximum 72 heures après le rapport (non ou mal protégé) et de reprendre 2 comprimés 12 heures après (soit au total 4 comprimés) ; après 1999, le dosage du Tetragynon® et du Norlevo® était de deux comprimés, à prendre séparément et à 12 heures d'intervalle. Cette erreur sémantique (due à un manque de précision) a été rapidement banalisée et a induit une confusion chez les utilisatrices ne prenant pas toujours le temps de lire la notice avant l'emploi.

« Je me souviens, la première fois j'l'ai prise [1999], j'ai pas compris pourquoi y avait deux comprimés, je me suis dit que c'était bien, comme ça j'en avais un pour la prochaine fois si j'avais un problème... Quand j'ai raconté ça à une copine, elle m'a dit que j'étais folle, elle m'a expliqué et là bah... voilà quoi... Et après, j'ai croisé les doigts » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

Depuis 2004, l'inconvénient du singulier a été levé puisque la posologie a changé : à présent il n'y a plus qu'un seul comprimé à prendre, et donc un seul comprimé par emballage (posologie Norlevo®). La période de transition entre les deux posologies n'a pas été sans créer une autre confusion pour les jeunes femmes ayant utilisé le produit avant 2004 et en ayant eu besoin après. La très faible médiatisation du changement de prescription d'une part et les stocks d'anciennes contraceptions d'urgence en pharmacie mais aussi la diffusion de plaquettes d'informations datées, d'autre part, n'ont pas facilité les choses.

« Je l'avais prise y a longtemps, et après, bah, quand je devais la reprendre, je me rappelais bien... mais bon quand j'ai vu un seul comprimé, je me suis dit qu'il fallait que j'achète deux boîtes... et heureusement la pharmacienne m'a expliqué. » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

¹⁹ Une enquête menée par des chercheurs Suisses fait état de difficultés identiques quant à l'expression « pilule du lendemain ». Selon les auteurs, « la dénomination de pilule du lendemain est peu appropriée car elle pourrait laisser croire que cette pilule est efficace dès le lendemain seulement ou le lendemain uniquement. Le terme de contraception d'urgence semble le plus adapté, mais est néanmoins nettement moins répandu dans les pays francophones. » (Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002, p.144).

Le mot « pilule » en question

Utiliser le mot « pilule » pour dire un contraceptif régulier ainsi qu'un contraceptif d'urgence, c'est participer au brouillage des informations reçues. En effet, on parle de « pilule » pour dire celle à prendre tous les jours (pilule quotidienne, régulière), ensuite de « pilule du lendemain » pour celle à prendre en cas de rapport non ou mal protégé, mais aussi « d'avortement par pilule » ou de « pilule abortive » pour parler du RU486²⁰. Cette triple utilisation contribue à une certaine confusion mais aussi à la distinction entre la pilule quotidienne et les autres. À ce propos, dans le dictionnaire usuel Le Robert de 1995, on trouve au mot « pilule » la définition suivante :

Pilule contraceptive (ou anticonceptionnelle) : ensemble des comprimés à base d'hormones, pris quotidiennement par une femme pendant tout ou partie du cycle menstruel (...) → Elle prend la pilule. Etre sous pilule. Pilule abortive (ou pilule du lendemain).

L'origine de la confusion vient de la définition usuelle des deux méthodes de régulation des naissances post-coïtales, puisque sont associées « pilule abortive » et « pilule du lendemain ». La confusion reste de mise dans les nouvelles versions du Robert où au verbatim « pilule » figurent les exemples suivants : « Pilule du lendemain, qui se prend après le risque. Pilule abortive. » (2002). La confusion du Robert aide à comprendre l'association faite par une partie des utilisatrices entre le RU486® et le Norlevo®, et qui a contribué à la confusion entre avortement et contraception d'urgence. Il semblerait que le manque d'explication ou de simplification de ce que la contraception d'urgence « *fait dans le corps* » a pour conséquence que des utilisatrices considèrent que c'est un « *mini avortement* », un « *pré avortement* »²¹.

Les limites du « lendemain »

Parler de « lendemain » à propos d'une méthode contraceptive indique une temporalité. Ultime terme de l'expression, il comprend une double ambiguïté : d'abord en terme de donnée temporelle, ensuite en terme de norme du moment des rapports sexuels.

Tout d'abord la référence temporaire, le « lendemain », se définit comme étant le jour qui suit immédiatement celui dont il est question (Le Robert, 1995) ; la définition est d'ailleurs illustrée par « la pilule du lendemain ». Avec cette définition, l'expression de

²⁰ RU486 (Mifépristone ou MyféGINE®) est le nom de la méthode d'IVG médicamenteuse mise en place en 1980 ; dans le langage courant on parle aussi de « pilule abortive ».

²¹ La confusion entre « pilule du lendemain » et « pilule abortive » s'est ressentie lorsque je présentais mon terrain à des personnes non liées à l'enquête. J'ai entendu des remarques telles que « *Ah la pilule du lendemain, c'est la pilule abortive c'est ça ?* », ou encore « *C'est bien de t'intéresser à l'avortement !* », surtout par les 35-55 ans.

« pilule du lendemain » sous-entendrait que c'est le jour suivant celui dont il est question (ici le jour où il y a eu rapport sexuel non ou mal protégé) qu'il faut prendre cette contraception. Or, depuis sa mise en vente sur le marché (1999), le Tetragynon® comme le Norlevo® peuvent être utilisés jusque dans les quarante-huit heures suivant le rapport sexuel considéré comme potentiellement fécondant (ce qui était déjà vrai pour le Stédiril®). Actuellement, il est préconisé d'utiliser la contraception d'urgence dans les soixante-douze heures après le rapport sexuel non ou mal protégé (même si des enquêtes montrent son efficacité jusqu'au cinquième jour, soit cent-vingt heures après). Le terme de « lendemain » ne correspond donc pas à la réalité. Ainsi, cette expression devenue ordinaire a eu pour conséquence qu'une partie des femmes jeunes ne l'utilisent pas (ou hésitent à l'utiliser), lorsque le rapport sexuel est considéré « trop loin » du « lendemain » (par exemple en cas de rapport le samedi alors que la pharmacie ouvre le lundi, soit le surlendemain)²².

Des problèmes sémantiques identiques ont été relevés par Charlotte Ellertson dans l'expression anglo-saxonne « *Morning-after pills* »²³. Selon l'auteure, cette expression a des conséquences sur les pratiques contraceptives des femmes. « Un terme plus adéquat pour celles-ci est : « la contraception d'urgence », qui évacue l'idée que l'utilisatrice doit attendre le matin après le rapport non protégé pour commencer le traitement – ou qu'il serait trop tard si elle ne pouvait pas obtenir le traitement avant le lendemain après-midi ou soir » (Ellertson, 1996, p. 44, traduction personnelle). C'est aussi ce que soulignent Francine Coeytaux et Barbara Pillsbury à propos de la pilule du lendemain : « son efficacité n'est pas juste pour le matin suivant, mais dure environ trois jours après le rapport non protégé » (2001, p. 80). On peut ainsi penser que certaines femmes risquent de ne pas l'utiliser, pensant qu'elles ont dépassé le délai maximum pour la première prise.

Par ailleurs, « lendemain » fait référence à une certaine norme du rapport sexuel. Penser et parler de « pilule du lendemain » induit implicitement que le rapport sexuel a eu lieu la veille de la prise (et par extension la veille au soir). Cette expression renvoie à l'idée

²² Ce qu'ont rapporté des professionnels de santé rencontrés au cours de l'enquête de terrain, mais également ce que j'ai entendu lors des entretiens collectifs au planning familial.

²³ Cependant, dans l'expression *morning-after pills*, on retrouve le problème du « lendemain », celui de l'utilisation du mot « pilule », et seulement parfois le problème du singulier (il n'y a pas une régularité du singulier ou du pluriel dans les articles que nous avons pu lire) tandis qu'en France, les trois dimensions sont contestables puisqu'on dit bien « la » pilule du lendemain. On trouve dans certains articles américains (Coeytaux, Pillsbury, 2001, p. 81) une combinaison des deux expressions *morning-after pills* et *emergency contraception* qui donne « *emergency contraception pills* » qui, selon nous, est moins pertinente que la seule *emergency contraception* (ne faisant pas référence au mot « pilule »).

que les êtres humains pratiquent l'essentiel de leur activité sexuelle la nuit²⁴. Or, parmi les jeunes femmes que nous avons interrogées (en particulier parmi celles qui habitent chez leurs parents ou qui sont au lycée), les rapports sexuels ont souvent eu lieu la journée, pendant l'absence des parents.

« Les invitations c'était clandestin ! Vu que ma mère était pas là y avait pas besoin de lui en dire plus ! (...) La première fois [son premier rapport sexuel], bah le soir j'ai vu Lili, pour lui raconter et tout, parce qu'il était passé chez moi l'après-midi. »
(Delphine, 15 ans, lycéenne)

Lorsque Delphine et les autres ont eu besoin de la contraception d'urgence, elles n'ont pas dû forcément attendre le « lendemain » pour l'obtenir. La fin de l'après-midi suffisait. Cette indication de temporalité impose, selon nous, une vision adulte de la sexualité, où les rapports sexuels ont principalement lieu le soir, la nuit, elle restreint la sexualité à une dimension uniquement nocturne. Nous rejoignons en cela l'observation faite par Catherine Pugeault-Cicchelli qui parle de vision « aduloctrée » des chercheur(e)s pour comprendre la jeunesse (Pugeault-Cicchelli, 2004, p. 220). Or, de nombreuses occasions se présentent aux jeunes dans la journée, hors du contrôle parental (les modifications d'emploi du temps ne sont pas toujours rapportées aux parents de manière à agrandir son temps personnel, autrement dit à accroître son domaine d'autonomie).

Privilégier l'expression « contraception d'urgence »

Pour l'ensemble des raisons qui viennent d'être exposées, il paraît plus pertinent d'avoir recours à une expression plus objective et moins ambiguë si l'on ne veut pas uniquement citer le nom du produit pharmaceutique de référence : Norlevo®. Parler de « contraception orale d'urgence » permet de prendre en compte plusieurs dimensions simultanément²⁵. Tout d'abord l'usage du singulier est à présent légitime du fait qu'il n'existe plus qu'un seul comprimé (depuis 2004). Ensuite, pour rompre avec l'idée de la « pilule » et pour se démarquer de l'interruption volontaire de grossesse (et du RU486 en particulier), il paraît important pour les utilisatrices et pour les autres (partenaires, parents, médias, etc.) de souligner qu'il s'agit bien d'une contraception (et non d'un

²⁴ À ce propos, Michel Bozon remarque que « dans l'organisation du temps humain, la nuit ne signifie pas seulement obscurité et repos comme chez les animaux, mais aussi interruption temporaire des relations sociales et de la sociabilité, levée partielle des règles sociales diurnes et possibilité d'activités secrètes ou discrètes, dont la sexualité fait partie » (Bozon, 1999, p. 4).

²⁵ Par commodité, nous utiliserons l'expression « contraception d'urgence » pour parler de la « contraception orale d'urgence ». Le recours au stérilet lors d'un rapport non ou mal protégé est rare, et inexistant dans les biographies contraceptives des jeunes femmes enquêtées.

avortement). Ensuite d'insister sur la posologie en précisant bien qu'il s'agit d'une méthode orale de contraception (contrairement au stérilet). Enfin rappeler qu'il s'agit d'une mesure d'urgence, qui n'est pas une utilisation quotidienne, permet d'éviter la confusion entre la contraception régulière et celle à utiliser en cas de rapport sexuel non ou insuffisamment protégé. La notion d' « urgence » remplaçant celle du « lendemain » permet de ne pas mettre l'accent sur une temporalité stricte : le temps de réaction est court mais reste indéfini (au risque d'être interprété différemment selon les utilisatrices).

À l'instar des récentes recherches anglo-saxonnes, nous parlerons de contraception d'urgence plutôt que de « pilule du lendemain » dans ce travail. Toutefois, dans l'analyse des entretiens, les verbatim utilisés par les enquêtées seront conservés. En effet, l'expression « pilule du lendemain » a été utilisée autant par les enquêtées que par l'enquêtrice lors des entretiens, dans le but de rester au plus près des expressions utilisées habituellement d'une part et pour ne pas « intellectualiser » davantage le rapport enquêteur-enquêtée.

3. LA CONTRACEPTION, UN OBJET D'ENQUETES SOCIOLOGIQUES RECENT

La sexualité a longtemps été un domaine réservé à la biologie, à la médecine puis à la psychanalyse, et un sujet abordé d'abord d'un point de vue essentiellement reproductif. Ces disciplines se sont intéressées dans un premier temps aux pathologies sexuelles puis dans un temps très secondaire aux questions de plaisir. Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle que les historiens notent l'apparition d'un langage spécifique concernant la sexualité, et de plus en plus indépendant de la question de la reproduction. Pédagogie, psychiatrie, psychologie, hygiène, médecine et première sexologie ont en commun de chercher toutes à réguler les conduites quotidiennes et les comportements individuels à partir d'énoncés qui définissent le normal et l'anormal abandonnant l'ancien discours : morale et chair (Bozon, 2002, pp. 28-30). Marcel Mauss puis Norbert Elias ont mis en évidence l'intérêt des sciences sociales à travailler sur ce thème, les autres travaux n'ayant étudié la sexualité qu'à partir de terrains sur des peuples dits « primitifs » comme ceux de Bronislaw Malinowski sur les Mélanésiens en

1915, ou ceux de Margaret Mead sur les jeunes filles de Samoa en 1925-1935. En France, le courant américain n'influence guère les sciences sociales car « prohibition de l'inceste, mariage, parenté, et famille tressent les mailles du réseau institutionnel dans lequel sociologues, ethnologues et anthropologues circonscrivent la sexualité » (Dayan-Herzbrun, 1991). La sexualité a été conceptualisée par les sciences sociales en termes de parenté de mariage et de famille et en termes de libido par la psychanalyse²⁶. Pour reprendre les propos d'Emile Durkheim²⁷ sur le suicide (1897, p. 1), on peut affirmer que : « comme le mot [sexualité] revient sans cesse dans le cours de la conversation, on pourrait croire que le sens en est connu de tout le monde et qu'il est superflu de le définir. Mais, en réalité, les mots de la langue usuelle, comme les concepts qu'ils expriment, sont toujours ambigus et le savant qui les emploierait tels qu'il les reçoit de l'usage et sans leur faire subir d'autre élaboration s'exposerait aux plus grandes confusions ».

À partir des années 1950, la sociologie de la sexualité commence à être envisagée comme une construction sociale présentant une certaine autonomie, et souvent en relation avec d'autres disciplines, elle va se développer à partir des résultats de grandes enquêtes statistiques. Parce que difficilement observables, les enquêtes quantitatives ont constitué une méthode privilégiée pour saisir les représentations et les comportements en matière sexuelle (de longs questionnaires étaient distribués aux enquêtés de manière

²⁶ Ce que l'on retrouve également dans le dictionnaire de sociologie à « sexualité » : « La sociologie s'est tournée vers l'analyse des évolutions de la famille occidentale et vers l'étude des usages du corps. Elle montre comment, dans le système parental, le mariage était hier un lien impliquant la lignée, la maison et ses traditions, et qu'il est aujourd'hui un lien conjugal interpersonnel entre deux époux. Cette individualisation a pour corollaire un changement de la définition et de la complémentarité homme/femme. L'affectif et le sensuel y deviennent des valeurs centrales, avec les difficultés nouvelles que cela entraîne ». (Akoun, 1999, p. 477).

²⁷ Comme le remarque Michel Bozon (2003), Emile Durkheim avait une certaine « résistance à l'idée que les sciences sociales abordent la sexualité », puisqu'il n'entend la sexualité que dans le mariage ; en dehors du mariage, il s'agit de comportements immoraux qui n'intéressent pas directement la sociologie : « Il est trop évident que toute union sexuelle hors du mariage engendrera forcément des troubles sociaux de toutes sortes et même pourra mettre la santé en péril » (Durkheim, 1997 [1897]). La position de Durkheim a influencé, selon Sonia Dayan-Herzbrun, les recherches sociologiques sur la sexualité « Il fallait (...) aux yeux du père de l'École Française de sociologie, écarter de l'objet de ses investigations tout ce qui pouvait lui sembler relever de la « nature » et en premier lieu, cette sexualité dont s'étaient emparés les médecins. D'où l'attention privilégiée consacrée à ce qui interdit, régule et oblige » (Dayan-Herzbrun, 1991, p. 12).

à obtenir une description de leurs pratiques sexuelles). Ces enquêtes²⁸ se sont plus intéressées aux comportements sexuels des « adultes » qu'à ceux des « jeunes ». Les comportements des jeunes vus quasi exclusivement sous l'angle d'une sexualité pré-maritale, ou du moins préconjugale, ont été analysés sous l'angle de l'évolution des mœurs.

Longtemps, les enquêtes sur la sexualité n'ont porté qu'un intérêt secondaire aux questions de la régulation des naissances, et la gestion de la fécondité (ou de la reproduction), comme nous pourrions le constater par la suite. Peu d'enquêtes ont eu pour principal objet la contraception et/ou la gestion de la grossesse par les femmes. Ainsi, les enquêtes uniquement sur la contraception sont relativement récentes. La première recherche a été menée par Alain Girard et Raul Samuel (INED) en 1956 ; il s'agit d'une enquête sur l'opinion publique à l'égard de la limitation des naissances. Puis, ce n'est qu'à partir des années 1970 que les enquêtes exclusivement portées sur la contraception voient le jour²⁹. Ce qui a eu pour conséquence de modifier l'approche méthodologique de la contraception et des pratiques contraceptives. La contraception devient un objet d'enquête valorisé. De ce fait, la réalité des pratiques contraceptives des Françaises est connue à partir des enquêtes quantitatives réalisées par l'INED en 1978, 1988, 1994 et 2000, dans lesquelles il s'agissait de prendre en compte que « tous les moyens pour éviter une grossesse sont considérés comme des pratiques contraceptives, à l'exception de la stérilisation » (Toulemon, Leridon, 1991). Parmi les enquêtes les plus récentes, on retiendra les enquêtes (INSERM-INED) « Cohorte sur la Contraception » (COCON) et « Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées »

²⁸ Aux Etats-Unis, des enquêtes sur les comportements sexuels ont été entreprises, d'abord par Alfred Kinsey *et al.* (1948 et 1954), puis par William Masters et Virginia Johnson (1966). En France, les études ont d'abord été faites par les démographes et historiens s'intéressant à expliquer l'origine du contrôle des naissances et la baisse précoce de la fécondité. Les premiers travaux français, plutôt historiques, sont ceux de Jean-Louis Flandrin et de Philippe Ariès (années 1970). Les enquêtes quantitatives suivantes ont ouvert le champ de la sociologie de la sexualité : l'enquête dirigée par Pierre Simon *et al.* (1972a), les enquêtes menées par l'INED (1971, 1978), l'enquête sur les « situations familiales et l'emploi » (ESFE 1974). L'apparition du sida a modifié les axes d'analyse des enquêtes et les populations interrogées, la problématique du risque a pris une place considérable dans les nouveaux travaux (enquêtes Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) de 1990 à 2001), enquêtes Analyse des Comportements Sexuels en France (ACSF 1993) et Analyse du Comportement Sexuel des Jeunes (ACSJ 1995).

²⁹ En 1968, « Les mobiles de la limitation des naissances dans les ménages de un ou deux enfants » dirigée par Louis Roussel et François Vallot ; en 1970 « Aspects culturels et socio-psychologiques de la fécondité française. La diffusion des méthodes contraceptives modernes en France » dirigée par Philippe Collomb et Elisabeth Zucker. Débutée en 1975 et achevée en 1980 « La diffusion des méthodes nouvelles de contraception. Enquête sur des dossiers de femmes enceintes » menée par Henri Leridon et Marie-Laure Lamy.

(GINÉ) qui datent des années 2000, et qui, nous le verrons, se démarquent par leurs approches longitudinale et qualitative.

3.1. ***L'intérêt pour la contraception dans l'enquête Simon (1972)***

Le rapport de l'enquête Simon consacre un chapitre entier à la contraception. Elle est définie comme étant une « méthode destinée à *éviter d'avoir* des enfants », c'est-à-dire une « stérilité volontaire, temporaire et réversible » (Simon et *al.*, 1972b, p. 181). Les grands résultats de l'enquête montrent qu'à peine la moitié des individus interrogés s'estiment « bien informés » sur les moyens contraceptifs existants (il y a une sur représentation des jeunes (20-29 ans), des personnes ayant poursuivi leurs études, des habitants des grandes villes et des non pratiquants (on peut d'ailleurs s'interroger sur l'absence de nuance entre « non pratiquants » et « non croyants » dans l'enquête). De plus, il apparaît que 94 % des Français(es) déclarent « avoir entendu parler » de la pilule, et 48 % d'entre eux « jugent ce moyen assez ou très sûr ». Sur les pratiques, le rapport montre que « la méthode contraceptive dont l'expérience est la plus répandue est le coït interrompu » (1972b, p. 185).

Depuis, quelques remarques ont été émises sur cette enquête. Dans la formulation des questions sur les naissances et la contraception, tout d'abord, on retrouve l'idée que la relation sexuelle n'est possible que dans une relation conjugale établie (ou en tous cas cette idée est suggérée), c'est bien la relation sexuelle dans la relation conjugale qui est considérée comme « normale », ceux qui en ont hors du couple établi ne sont pas interrogés. Comme le souligne Patrick Champagne, « ce mode de questionnement peut paraître assez éloigné de l'attitude de neutralité généralement recommandée aux enquêteurs » (1999, p. 116). Avec l'usage du filtre, les questions ne sont adressées qu'aux individus vivant en couple (mariés ou non). La dimension conjugale est principale dans cette enquête. On peut regretter de n'avoir aucune donnée sur la fréquence d'utilisation de moyens contraceptifs : ne sont disponibles dans l'enquête que les résultats relatifs à l'expérience des différents moyens contraceptifs. Par ailleurs, dans le cadre d'une enquête sur la contraception, et afin d'éviter une surdéclaration, laisser une réponse ouverte à la question sur les différents moyens contraceptifs de la version orale aurait permis de ne pas imposer les réponses aux enquêtés et par conséquent de

saisir réellement leurs connaissances³⁰. Un défaut de l'enquête Simon est de suggérer des méthodes contraceptives dans la première phase de questionnaire, tandis qu'elles étaient développées seulement dans la seconde partie.

3.2. Les premières enquêtes exclusivement sur la contraception après la légalisation

Une des premières enquêtes ayant pour objet exclusif la contraception a été menée par l'Ecole nationale de Santé publique en 1975 auprès de la population de Rennes (Jourdain, 1977), soit un an après la loi Veil de 1974 sur l'interruption volontaire de grossesse. Celle-ci avait pour objectif de définir les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de contraception, afin de cerner les besoins existant dans ce domaine. Dans l'intitulé des questions, on retrouve la prégnance de la dimension conjugale : « Pouvez-vous me dire quels sont les moyens qu'un couple peut employer pour ne pas avoir d'enfant quand il a des relations sexuelles ? », même si les réponses ne sont pas suggérées. Le contexte (avant la légalisation) dans lequel l'enquête de Rennes a été produite explique peut-être en partie pourquoi contraception et avortement ne sont pas dissociés. La nouveauté étant qu'elle laisse de côté les pratiques sexuelles des individus. Alain Jourdain reprend les résultats de cette enquête en expliquant que « la ville de Rennes a vu se diffuser assez largement les méthodes modernes de contraception. Ces progrès rapides ne doivent pas masquer la permanence d'inégalité d'utilisation suivant la classe sociale et suivant la génération, qui semblent les principaux facteurs de blocage à la diffusion de la contraception moderne³¹. » (Jourdain, 1977, p. 1304).

Trois ans plus tard, en 1978, l'INED et l'INSEE coordonnent une enquête sur la contraception en France. Menée par Henri Leridon, Yves Charbit, Philippe Colomb et Jean-Paul Sardon, elle a été réalisée auprès de femmes nées entre 1933 et 1957 (donc

³⁰ En effet, en proposant une carte où se trouve une liste de contraceptifs, l'enquêté est tenté de citer davantage de contraceptifs pour ne pas paraître ignorant aux yeux de l'enquêteur ; surtout compte tenu du contexte historique et législatif dans lequel se déroule l'enquête (entre la légalisation de la contraception et la légalisation de l'avortement). Enfin, le fait que les questions sur les pratiques soient posées par écrit et après le questionnaire oral est très contesté. De nombreux ouvrages de méthodologie précisent qu'interroger les représentations avant les pratiques biaise les réponses. L'individu répondant cherche alors à être cohérent avec ses premières réponses, même si elles ne correspondent pas à sa réalité, et s'attache à répondre avec les réponses proposées précédemment (la tentation de trouver la réponse dans la question est grande).

³¹ À ce propos, il note que l'utilisation des méthodes modernes semble satisfaire la population considérée, même si 9% des femmes n'utilisent pas de méthode de contraception et désirent en utiliser une ; 15% des femmes utilisent une méthode (moderne ou traditionnelle) mais désirent en changer.

âgées de 20 ans à 45 ans) sans considération d'état matrimonial (Colomb, 1979, p. 1046). C'est bien ce qui diffère des enquêtes précédentes. Les pratiques contraceptives des femmes, quel que soit leur statut conjugal, sont interrogées (toutefois, seules les femmes de 20 à 45 ans, ayant un conjoint à la date de l'enquête et utilisant une contraception régulière, ont été retenues pour pouvoir être comparées aux données collectées dans l'enquête de 1971). Les auteurs ont, entre autres, souligné que « le mot contraception est loin d'avoir un contenu précis (...). Pour une grande partie de la population, « contraception » est synonyme de contraception moderne, c'est-à-dire uniquement de pilule et de stérilet. Les pratiques « traditionnelles » de limitation des naissances ne méritent généralement pas, pour les enquêtées, le qualificatif de « contraceptives » » (Sardon, 1986, p. 76). C'est pour cette raison que dans l'énoncé de la question, le mot « contraception » n'apparaît pas : « Le sujet principal de l'enquête concerne les moyens utilisés par les couples pour *espacer les naissances* et *ne pas avoir plus d'enfants* qu'ils n'en veulent. En fait, presque tous les couples font quelque chose en ce sens (ne serait-ce par exemple qu'en s'abstenant d'avoir des rapports sexuels) car, sinon, ils auraient tous 8 ou 9 enfants... Je vais vous mentionner un certain nombre de moyens, et vous me direz si vous les connaissez ou non » (Sardon, 1986, p. 86). Ici, contrairement à l'enquête Simon, les moyens ne sont pas donnés sur un carton à l'enquêté, ils sont détaillés un par un de manière à ne pas (ou moins) influencer l'interviewé³². Les pratiques contraceptives sont pour la première fois détaillées (cependant on ne connaît pas les méthodes antécédentes à celle utilisée au moment de l'enquête), des précisions sur l'emploi d'une méthode pour « éviter d'avoir un enfant » sont demandées : utilisation seule ou combinée à une autre, méthode utilisée au milieu du cycle, au moment des règles... L'importance de l'enquête de 1978 réside dans l'explicitation des pratiques dans les questions, pour s'adapter au langage des enquêtés, en leur fournissant les informations qui semblent être utiles à la compréhension des questions. Dans cette enquête, de multiples précautions ont été prises pour produire une mesure aussi exacte que possible des pratiques contraceptives³³. Ainsi, les enquêteurs

³² Les réponses sont proposées en ces termes « Certaines femmes prennent chaque jour la pilule ; on appelle aussi cela un « contraceptif oral ». Connaissez vous cette méthode ? oui/non ».

³³ Précautions que souligne Jean-Paul Sardon : « afin d'éviter les réticences que pourrait avoir une personne à parler de sa vie intime à une personne de l'autre sexe », on a eu recours uniquement à des enquêtrices, qui ont reçu une formation spéciale (...). Le vocabulaire du questionnaire a été adapté après des tests. Ainsi l'expression « cycle », parfois comprise comme désignant les règles, a été remplacée en périphrases « durée du premier jour de vos règles et du premier jour des règles suivantes » (Sardon, 1986, pp. 73-91).

ont pu vérifier une bonne concordance entre la pratique de la contraception orale ainsi déclarée et les données disponibles par ailleurs sur les ventes de contraceptifs oraux au même moment (Sardon, 1986). Une des principales critiques faite à cette enquête est que c'est « la contraception qui est présentée comme « normale » et son refus suggère des justifications ou demandes supplémentaires et insistantes pour éviter tout malentendu, particulièrement sur les formes qui pourraient ne pas être comprises par les femmes interrogées comme de véritables pratiques contraceptives » (Champagne et *al.*, 1999, p. 116).

Les résultats de l'enquête de 1978 montrent que le rôle de la contraception d'arrêt a été réservé au stérilet alors que l'usage de la pilule est dirigé vers une contraception efficace permettant un échelonnement des naissances (« contraception d'espacement »). Par ailleurs, les disparités régionales en matière de diffusion des méthodes de contraception ne se font déjà plus sentir, il y a très peu de différences entre la région parisienne, le Nord et le Sud de la France. La distinction se fait davantage entre urbains et ruraux, « le milieu rural offre plus de résistance à la diffusion des méthodes contraceptives modernes ». Une enquête complémentaire de 1982 nous apprend que pilule et stérilet sont utilisés par 38 % des femmes entre 15 et 49 ans, ce taux montant à 46 % pour les 25-29 ans (Colomb, 1979, p. 1059). Les méthodes traditionnelles sont d'autant plus utilisées que l'âge est avancé. Néanmoins, le recours à ces méthodes ne manifeste pas le refus de l'enfant, mais la volonté de planifier les dates des naissances, puisque les auteurs constatent qu'il y a de moins en moins de couples sans enfant. Les Françaises sont venues tard à la contraception, mais l'ont adoptée rapidement et massivement. Cette étude souligne à quel point la loi impulsée par une demande sociale était plus que justifiée et pas seulement l'apanage des femmes militantes et féministes mais bien de l'ensemble des femmes françaises. Le recours massif aux moyens contraceptifs « modernes », historiquement récent, insère dans la vie privée un bouleversement de grande ampleur. Désormais, non seulement les naissances peuvent être refusées ou décidées (c'est-à-dire planifiées), mais, séparée de l'angoisse de la grossesse non désirée, la femme, séparant son activité érotique de sa fonction procréatrice, peut rechercher (voire exiger) une activité sexuelle parfaitement gratifiante, sans pour autant manquer aux règles de la bienséance (Ariès, Duby, 1987, pp. 249-289).

3.3. **Les recherches sur la sexualité des années 1990 marquées par le sida** ³⁴

La seconde moitié des années 1980 a été marquée par l'apparition de l'épidémie du sida et la connaissance progressive de ses modes de transmission. C'est pendant cette période qu'ont été mises en œuvre de grandes enquêtes quantitatives. La sexualité des jeunes devient alors un objet sociologique étudiable et à étudier. « Du contexte dit de « libération sexuelle », qui a rendu possible l'enquête Simon, nous sommes passés à un contexte de « sexualité à risque » qui, lui, impose que l'on sorte de l'état de méconnaissance dans lequel nous sommes à l'égard de l'activité sexuelle de nos contemporains » souligne Didier Le Gall (2001, p. 66).

L'enquête fécondité de 1988³⁵ avait pour objectif de décrire les pratiques contraceptives près de dix ans après la légalisation. La définition de la contraception est plus large qu'en 1971, il s'agit de l'ensemble des méthodes de contraception, en particulier les non médicales (retrait, abstinence...), féminines et masculines (comme dans l'enquête de 1978). Pour les saisir, plus de vingt questions permettaient de décrire le comportement contraceptif (Toulemon, Leridon, 1991, p. 780). Le constat est le suivant : parmi les femmes de 18 à 49 ans, deux sur trois utilisent une méthode de contraception et seules 2 % des femmes risquent une grossesse non souhaitée, n'ayant déclaré aucune pratique contraceptive. La pilule vient en tête de toutes les méthodes de contraception, cependant, si les méthodes médicales ont été largement diffusées, les autres méthodes restent connues et pratiquées par une grande majorité de femmes. Les observations de Laurent Toulemon et Henri Leridon sont à ce titre intéressantes, elles montrent que si les méthodes médicales ont d'abord été utilisées par les jeunes femmes (20-35 ans), à la fin des années 1970, près de la moitié des femmes de 18-19 ans ont déjà utilisé la pilule à la fin des années 1980 (p. 800). Les auteurs apportent ainsi des informations précieuses sur la diversité des méthodes contraceptives et la progression des méthodes

³⁴ L'épidémie du sida a marqué la réapparition d'un langage plus « sanitaire » sur les pratiques sexuelles (Bozon, 1999, p. 13), elle a fait surgir des discours inspirés de l'épidémiologie sur les risques liés à la sexualité et les moyens de s'en protéger, et a impulsé la demande sociale de recherche sur les comportements sexuels. Aux campagnes de prévention qui recommandent l'usage du préservatif en général, se juxtaposent les campagnes plus ciblées, notamment en direction des jeunes, des homosexuels ou des usagers de drogue, leurs comportements sexuels étant surtout abordés sous l'angle du danger qu'ils sont susceptibles de représenter.

³⁵ Enquête INED-INSERM-INSEE (dite enquête ERN : Enquête sur la Régulation des Naissances) dirigée par Henri Leridon et Laurent Toulemon pendant les années 1987-1988. Pour s'assurer de leurs résultats, les auteurs ont comparé les données issues du questionnaire aux ventes de pilules et de stérilets.

modernes (pilule et stérilet) mais aussi sur la propagation des différentes techniques et mettent en lumière des évolutions sociodémographiques (« au fur et à mesure que les méthodes médicales se diffusent, la contraception hormonale devient de plus en plus le fait des jeunes femmes, alors que le stérilet est utilisé par des femmes de plus en plus âgées », notent les auteurs). Enfin, c'est dans leur enquête que l'on trouve les premières données françaises sur la « pilule du lendemain ». Environ 3 % des femmes âgées de 18 à 49 ans, au moment de l'enquête déclarent avoir « utilisé la « pilule du lendemain » » (les 20-24 ans sont 5 % à l'avoir utilisée). Cette donnée n'est pas pour autant analysée ni explicitée dans les premières publications, on ne sait pas quelle question a été posée, ni ce qui est sous-entendu dans l'expression « pilule du lendemain ».

L'enquête quantitative sur les comportements sexuels en France (ACSF) a été menée entre 1990 et 1992 auprès de plus de 20 000 personnes. Elle s'inscrit dans la lignée de l'enquête Simon. Toutefois, marqués par leur époque, les auteurs se sont focalisés sur le sida et les pratiques (sexuelles mais pas seulement) considérées comme « à risque ». L'objectif était alors « d'éclairer les logiques à l'œuvre dans la réalisation de certaines pratiques et notamment les pratiques sexuelles à risque protégées et non protégées » (Spira, Bajos *et al.*, 1993, p. 35). Aussi dans le questionnaire, trois questions portent explicitement sur la contraception (n°116-118) et le traitement dans l'analyse est très secondaire. Cette enquête servira longtemps de base aux connaissances des pratiques sexuelles des Français. L'enquête « Analyse du comportement sexuel des jeunes » (ACSJ) a été menée en 1994, en complément de l'enquête « Analyse des comportements sexuels en France » de 1992. Elle avait pour objectif d'interroger des adolescents âgés de 15 à 18 ans (nés entre 1975 et 1978) sur leur comportement sexuel afin de comprendre les conduites et les situations qui exposent les adolescents au risque d'une contamination par le VIH (Lagrange, Lhomond, 1997). Les questions sur la contraception sont peu nombreuses et sont posées de manière récurrente à chaque fois qu'il s'agit d'un autre partenaire sexuel. Aux femmes, il était demandé si elles avaient déjà été enceintes et comment s'était soldé cette grossesse (menée à terme, interrompue ou échouée). Cette enquête apporte des précisions sur la gestion de la fécondité par les jeunes.

Dans le même temps que l'enquête ACSF, une enquête menée en 1994³⁶ apporte des précisions sur les pratiques contraceptives, même si ce n'est pas son objet central. Une

³⁶ Enquête sur « Les situations familiales et l'emploi » menée par Henri Leridon, Catherine Villeneuve-Gokalp, Gilbert Lantoin.

large part du questionnaire est consacrée à la contraception (pages 29 à 35, soit sept pages sur un total de quarante cinq). Dans la troisième partie (intitulée « Les enfants »), la première question porte sur le nombre d'enfants de l'enquêtée et sur le désir de ces enfants : « Juste avant d'être enceinte, souhaitiez-vous cette grossesse ? » ; « Diriez-vous que c'était plutôt vous ou plutôt votre conjoint qui était le plus pressé d'avoir cet enfant ? ». La seconde sur « les autres grossesses », « Vous est-il arrivé d'être enceinte sans que la grossesse n'aboutisse à une naissance vivante ? ». Sont comprises ici les fausses couches, les interruptions volontaires ou thérapeutiques de grossesse, les grossesses extra-utérines, ou un enfant mort-né. Ensuite, dans la quatrième partie, sont abordées les questions sur « Le nombre d'enfants souhaités ». L'entrée en matière est annoncée comme suit : « Quand un couple essaie d'avoir un enfant, il rencontre parfois des difficultés. Nous allons maintenant en parler ». Il s'agit donc du désir d'enfants (avec des questions sur le temps d'attente entre le désir d'enfants et la grossesse, et le désir d'enfants et l'impossibilité d'être enceinte ; les auteurs abordent ainsi les traitements médicaux d'aide à la procréation). Enfin, c'est dans la cinquième partie, intitulée « La planification des naissances », que les pratiques contraceptives sont abordées. « Nous allons maintenant vous parler des *moyens utilisés par les couples pour planifier les naissances* ». La formulation change par rapport aux enquêtes de la fin des années 1970. En raison de la massification de l'utilisation de la contraception d'une part et de la médiatisation de celle-ci d'autre part, on ne parle plus de « moyens utilisés par les couples pour espacer les naissances » mais de « moyens pour *planifier* les naissances ». On remarque par ailleurs que le terme de « contraception » n'est pas proposé dans les premiers temps à l'enquêtée : « Employez-vous actuellement (ce mois-ci) vous (ou votre conjoint : uniquement pour les femmes vivant en couple), une des méthodes dont nous venons de parler ? ». Jusqu'à la vingtième question, le mot « contraception » n'est destiné qu'à l'enquêteur, les questions parlent de « méthodes utilisées » (« Je vais vous poser quelques questions pour déterminer précisément la ou les méthodes que vous utilisez ce mois-ci »). C'est à travers les questions sur le passé de l'enquêtée que le terme de « contraception » est énoncé pour la première fois : « Utilisiez-vous une méthode contraceptive, ou preniez vous des précautions soit vous, soit votre partenaire, lorsque vous avez eu votre premier rapport sexuel ? ». S'ensuivent des questions sur le passé et les méthodes contraceptives utilisées (diversité, régularité, etc.), les consultations médicales ayant pour objet la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, ou encore l'utilisation du préservatif.

Tous ces résultats convergent et mettent en évidence la rapidité de la diffusion de la contraception orale au début des années 1970 (qui a continué à croître mais plus lentement jusqu'en 1995). « La pilule était déjà en 1978 la méthode la plus utilisée et elle continue à se diffuser, passant de 40 % à 60 % de l'ensemble des utilisatrices en 22 ans » rappelle Henri Leridon (et *al.*, 2002). De plus, cela permet de voir que les changements de pratiques contraceptives s'observent d'abord chez les femmes les plus jeunes, puisque de génération en génération ce sont toujours les plus jeunes qui sont les plus nombreuses à utiliser la pilule (ce qui a déjà été constaté dans le rapport Simon). La difficulté de ces enquêtes a été la définition à proposer de « la contraception », prenant le risque parfois d'être trop « enfermé dans son savoir d'expert sur ce qu'est ou n'est pas la contraception, et malgré la conscience du fait que sa définition n'est pas universelle, le démographe néglige de se demander ce qu'elle est pour les femmes interrogées. » remarque Patrick Champagne (1999, p. 148). Or, comme nous l'avons vu, même si moins de 2 % des femmes qui ont des rapports sexuels sans utiliser de contraception ne désirent pas d'enfants, on ne peut qu'évaluer approximativement les grossesses non prévues mais poursuivies. Ne pouvant aboutir à un mode de comptabilisation de la contraception comme on le fait pour le chômage, le seul mode de contrôle social est les visites chez le gynécologue... toutefois non obligatoires (Champagne, 1999).

Pour cerner davantage les enjeux et les tensions des pratiques liées à la contraception, seule l'enquête qualitative par entretien peut compléter le flou laissé par les enquêtes quantitatives. Dans le cadre de son doctorat de sociologie (1990), Hélène Bretin a effectué une enquête qualitative originale sur la contraception injectable dont l'utilisation est très faible par rapport aux autres méthodes les plus utilisées (pilule et stérilet). L'objectif de son travail était d'étudier « comment le contraceptif injectable se constitue comme révélateur des inégalités sociales des femmes devant la contraception » (1990, p. 3). Par la suite, l'enquête GINÉ (Grossesses Interrompues Non prévues ou Évitées) a apporté un éclairage qualitatif sur les pratiques féminines de gestion de la fécondité.

3.4. Les récentes approches longitudinale et qualitative des pratiques contraceptives

L'enquête COCON (Cohorte Contraception) et l'enquête GINÉ ont été menées parallèlement, la première était quantitative, la seconde qualitative. Ces recherches portent sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France. L'enquête COCON³⁷ avait pour objectif l'étude de la contraception par génération en France. Les premières analyses des données de cette enquête ont montré que le processus de médicalisation de la contraception, entamé dès la légalisation de la pratique contraceptive, s'est prolongé jusqu'à ces dernières années (Leridon *et al.* 2002), conduisant les Françaises à occuper la première place mondiale dans l'utilisation de méthodes médicales³⁸ de contraception réversibles (pilule et stérilet). Les chiffres sont particulièrement marquants chez les plus jeunes, puisque plus de deux femmes sur trois, entre 20 et 24 ans, utilisaient la pilule au moment de l'enquête (Bajos, Ferrand *et al.*, 2002). Cependant, ces seules données statistiques ne permettent pas de rendre compte du contexte français. En effet, depuis plusieurs années on parle d'un « paradoxe contraceptif français » caractérisé par une relative stabilité du recours à l'IVG dans un contexte de diffusion massive des méthodes médicalisées de contraception dont l'efficacité pratique est *a priori* plus élevée que celle des méthodes dites naturelles. Ainsi, bien que les françaises soient de grandes utilisatrices de contraception, les échecs de contraception restent fréquents : 33 % des grossesses sont aujourd'hui encore non prévues, une sur deux environ donnant lieu à une IVG. Près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de ladite grossesse (Bajos, Ferrand *et al.*, 2002). L'enquête GINÉ avait pour objectif « d'essayer de comprendre les circonstances de la survenue de la grossesse non prévue » d'une part, et d'autre part de saisir « ce qui conduit les femmes à interrompre

³⁷ Le questionnaire auquel ont répondu les femmes en 2000 durait en moyenne 40 minutes. Il portait sur les caractéristiques socio-démographiques, les circonstances du premier rapport sexuel, la biographie contraceptive et génésique, le dernier rapport sexuel, les effets sur la santé des méthodes de contraception et les antécédents médicaux et gynécologiques, ainsi que les opinions et connaissances dans le domaine de la contraception. Les seconde, troisième et quatrième vagues de l'enquête Cocon, appelées aussi enquêtes de « suivi », ont eu lieu en automne 2001, 2002, 2003 et 2004 respectivement. L'objectif était à chaque fois de réinterroger l'ensemble des femmes de la vague précédente. Les questions posées étaient cette fois centrées sur les changements intervenus depuis la dernière interrogation, notamment sur la situation affective et professionnelle, la vie génésique, les méthodes contraceptives utilisées, ainsi que les raisons des éventuels changements. Les interviews duraient une vingtaine de minutes en moyenne.

³⁸ Cette médicalisation mondiale de la contraception est visible dans la définition que l'OMS donne au service de planification familial « il doit être envisagé dans le cadre plus large d'un service de médecine de la reproduction, le but ultime de tout programme devant être plus généralement de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la femme. L'offre d'un choix de méthodes contraceptives appropriées constitue une partie intégrante d'un programme global de médecine de la reproduction » (Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 1996 disponible sur : <http://www.who.int/whr/1996/fr/index.html>).

ou à poursuivre une grossesse qui était initialement non prévue » ; enfin les chercheurs avaient pour objectif « d'analyser les conditions d'accès au système de soins pour un acte médical qui a un statut particulier tant du point de vue des représentations sociales que de celui de la prise en charge médicale et de son encadrement législatif » (Bajos, Ferrand, 2002, p. 6). L'enquête a mis en lumière les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive. Les auteurs mettent en avant l'importance de la « norme contraceptive », mais également des rapports sociaux de sexe et de la gestion médicalisée de la contraception pour comprendre les pratiques des femmes aujourd'hui. Ce sont des éléments que nous avons aussi trouvés dans notre recherche sur la contraception d'urgence.

3.5. La contraception d'urgence comme objet de recherches

Si le Norlevo® est une méthode de contraception d'urgence relativement récente, les méthodes post-coïtales sont pourtant depuis longtemps recherchées pour pallier à un défaut ou à un manque de contraception.

Ce sont d'abord les médecins et pharmaciens qui se sont intéressés au sujet en s'attachant à comprendre et à décrire les fonctionnements de la méthode Yuzpe. Les enquêtes portent alors essentiellement sur les effets secondaires, sur les conséquences sur la fertilité. Puis, en raison de la massification de la contraception et du recours plus fréquent à la contraception d'urgence, démographes et sociologues se sont, à leur tour, intéressés à comprendre les raisons d'utilisation de cette méthode de secours. Depuis les années 90 les enquêtes se sont multipliées, surtout dans les pays occidentaux³⁹, d'abord pour montrer les différences entre la méthode Yuzpe et l'utilisation du Levonorgestrel®. Ainsi, un article confirme que l'utilisation du Lévonorgestrel® seul est plus efficace pour la contraception d'urgence et a beaucoup moins d'effets

³⁹ Principales enquêtes menées en France et à l'international :

Grande-Bretagne (Glasier *et al.*, 1996a ; 1996b ; Bissel, Anderson, 2003 ; Bissel *et al.*, 2006)
Écosse (Glasier *et al.* 1998 ; Ziebland *et al.*, 2005)
Suisse (Ottensen *et al.*, 2002)
France (Goulard *et al.*, 2003 ; Prudhomme *et al.*, 2001 ; Bajos, Ferrand, 2003 ; Bajos *et al.*, 2003 ; Gainer *et al.*, 2005)
Pays-Bas (Glasier *et al.*, 1996a ; 1996b)
Mexique (Glasier *et al.*, 1996a ; Walker *et al.*, 2004)
Brésil (Galvao *et al.* 1999 ; Heimbürger *et al.*, 2005)
Etats-Unis (Trussell *et al.*, 1992 ; Grossman et Grossman, 1994 ; Seth *et al.*, 1995 ; Harper, Ellerston, 1995 ; Olenick, 1997 ; Gold *et al.*, 1997 ; Grimes *et al.*, 1998 ; Harvey *et al.*, 1999 ; Brown, 2001 ; Sherma *et al.*, 2001 ; Coeytaux, Pillsbury, 2001 ; Boggess, 2002 ; Jackson *et al.*, 2003 ; Polis *et al.*, 2005 ; Rousseau-Pierre *et al.*, 2006).

secondaires que la méthode Yuzpe, alors la plus employée pour ce type de contraception (Grimes *et al.*, 1998). Dans leur enquête internationale, les chercheuses suisses Sandrine Ottesen, Françoise Narring *et al.*, montrent que « les adolescents en Europe sont plus nombreux à connaître la contraception post-coïtale (75 %) qu'aux États-Unis, où environ 30 % des jeunes du même âge savent que la contraception post-coïtale existe, dans les années 1993-1995. Celle-ci est en effet disponible et utilisée depuis plus longtemps en Europe qu'aux États-Unis (où elle n'a été admise par la Food-and-Drug Administration qu'en 1997). En conséquence, les médecins prescrivent, selon les quelques études disponibles, moins souvent la contraception d'urgence aux États-Unis qu'en Europe » (Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002, p. 147). À la lecture de ces travaux, on peut se demander si un des obstacles majeurs à l'utilisation de la contraception d'urgence n'est pas dû au manque d'information autant du côté des professionnels que du public. Dans le même temps, les enquêtes récentes ont cherché à savoir si la contraception d'urgence se substituait à la contraception quotidienne. L'ensemble des résultats convergent quel que soit le pays observé : la contraception orale d'urgence ne remplace pas la contraception quotidienne, bien au contraire, et avoir une contraception d'urgence en avance faciliterait une utilisation optimale, sans engendrer un recours plus fréquent à cette méthode contraceptive. Par ailleurs, les différentes recherches montrent que la diffusion de la contraception orale d'urgence n'empêche pas l'utilisation d'une contraception régulière et ne favorise pas l'abandon d'une pratique régulière, l'utilisation de la contraception d'urgence peut initier une contraception régulière.

En France, plus d'un million de « pilules du lendemain » ont été vendues en 2005, soit six fois plus qu'en 1999 (année de l'autorisation de mise sur le marché) (Vilain, 2006). Plusieurs enquêtes ont cherché à établir des portraits d'utilisatrices de la contraception d'urgence (entre autres Ottesen *et al.*, 2002 ; Goulard *et al.*, 2002). L'enquête suisse sur des adolescentes montre que « la majorité d'entre elles utilisent la contraception post-coïtale une seule fois, et auraient tendance à développer un comportement contraceptif plus responsable par la suite comme le montre une étude parmi les femmes finlandaises (Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002, p. 147). Selon eux, les utilisatrices auraient « un profil spécifique : les utilisatrices sont jeunes, la plupart ayant moins de 25 ans, célibataires, souvent nulligestes [nullipares]. Elles utilisent une contraception régulièrement sous forme de préservatif ou de pilule et ont eu le rapport

sexuel nécessitant la contraception post-coïtale avec leur partenaire habituel, avec lequel elles ont une relation stable » (Ottesen, Narring, Renteria, Michaud, 2002, p. 147). L'enquête française menée par Hélène Goulard, Nathalie Bajos, Nadine Job-Spira *et al.*, (portant sur des femmes âgées de plus de 18 ans) montre que « le pourcentage d'utilisatrices de pilule du lendemain est plus élevé chez les jeunes et chez les célibataires et a tendance à être plus élevé chez les femmes les plus diplômées. En revanche, aucune différence n'est observée en termes de recours selon la taille de la commune d'habitation, selon que les femmes vivent en couple ou non au moment de l'enquête et selon l'importance qu'elles accordent à la religion. » (Goulard, Bajos, Job-Spira *et al.*, 2002, p.726). Les auteures remarquent par ailleurs que « les utilisatrices déclarent en moyenne plus de partenaires sexuels au cours de leur vie (12 vs 4) et en moyenne plus d'antécédents de maladies sexuellement transmissibles (MST⁴⁰) que les non utilisatrices » (Goulard, Bajos, Job-Spira *et al.*, 2002, p.727). Elles notent aussi un lien avec l'avortement puisque les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG ont plus souvent utilisé la pilule du lendemain. Ensuite, il semble que « parmi les femmes qui utilisent actuellement le préservatif, 31 % ont déjà eu dans les 12 derniers mois un problème avec cette méthode (préservatif déchiré ou resté dans le vagin). C'est la raison la plus fréquente du recours à la pilule du lendemain. Cependant, 58 % n'ont pas pris la pilule du lendemain suite à ce problème alors que 76 % la connaissait. Parmi les femmes qui utilisent actuellement la pilule, 65 % l'ont déjà oubliée dans les 12 derniers mois dont 6 % ont eu recours à la pilule du lendemain ; la majorité (67 %) a repris les comprimés oubliés, 15 % ont continué la plaquette et 12 % n'ont rien fait, ne savaient pas quoi faire. Parmi ces dernières, un pourcentage important déclare cependant connaître la pilule du lendemain (86 %) » (Goulard, Bajos, Job-Spira *et al.*, 2002, p. 728). Enfin, dans leur étude, « les utilisatrices de pilule du lendemain ont un profil contraceptif différent des non utilisatrices : elles utilisent actuellement plus volontiers des méthodes en théorie moins efficaces [retrait...] » (Goulard, Bajos, Job-Spira *et al.*, 2002, p. 728).

Si la majorité des enquêtes restent pour le moment quantitatives, elles apportent un éclairage nécessaire pour les enquêtes qualitatives. L'approche longitudinale et de suivi de cohorte permet de saisir au plus près les changements de contraception. Une approche en terme de biographies permettra d'avoir le récit des jeunes femmes sur leurs

⁴⁰ Depuis 1999, le terme MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) a été remplacé par celui d'IST (Infections Sexuellement Transmissibles).

pratiques de manière rétrospective, et leur raisonnement, même si on sait que les individus racontent leurs histoires à la lumière de ce qu'il s'est passé dans leur vie depuis. Pour le moment, les approches longitudinales et biographiques ont permis de saisir à quel moment intervenait l'interruption volontaire de grossesse ou au contraire le choix de la maternité. Si très peu concernent les avortements des jeunes (Durand, Bajos, Ferrand, 2002), la contraception d'urgence prend une place encore moins évidente dans ces recherches, les rapports non ou mal protégés étant plus fréquemment analysés sous l'angle des infections sexuellement transmissibles.

CHAPITRE 2 - LA CONTRACEPTION D'URGENCE COMME OBJET SOCIOLOGIQUE

L'objectif ici ne sera pas de tenter de faire des portraits d'utilisatrices, mais de chercher à comprendre les utilisations de la contraception d'urgence par les jeunes femmes. À partir de 64 entretiens réalisés auprès de jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans entre les années 2003 et 2006, l'intérêt sera de comprendre comment survient l'événement contraception d'urgence dans la biographie sexuelle et contraceptive et de quelles manières il peut être lié à la biographie relationnelle. À travers les questions d'autonomie et d'indépendance on verra d'une part combien de jeunes femmes rencontrées ont un monde toujours plus grand sous leur responsabilité et, d'autre part, comment l'approche biographique est pertinente pour appréhender le processus de construction identitaire. Enfin, il s'agira de mettre en lumière comment le recours à la contraception d'urgence peut être interprété comme une prise de risque ou comme une prise de précaution selon les situations.

L'étude des différents recours à la contraception d'urgence des jeunes femmes rend utile de souligner la spécificité de la période dans laquelle se trouvent les jeunes femmes. En effet, entre le début de leurs biographies amoureuse, sexuelle et contraceptive, les jeunes femmes sont aussi dans un temps marqué par un certain niveau de dépendance à l'égard de leurs parents et la volonté de gérer de manière de plus en plus autonome les dimensions de leur « monde ». L'approche biographique permettra de saisir l'importance du processus d'autonomie au sein de la construction identitaire des jeunes femmes, dans la mesure où elle est rétrospective et prend en compte une continuité dans les pratiques. Elle sera utile pour montrer que la contraception d'urgence est un indicateur pertinent pour comprendre les tensions identitaires liées à cette période de la vie.

1. UN MONDE TOUJOURS PLUS GRAND A GERER SOI-MEME

Le processus d'autonomisation de l'enfance s'explique avec la reconnaissance de l'enfant lui-même, en tant qu'individu. Le déclin de l'autorité du père, l'autonomisation des femmes au sein de la famille et celle des enfants par la suite caractérisent la famille moderne. Aujourd'hui, l'enfant apprend à construire son monde et à vivre dedans, de nouvelles normes régissent les comportements familiaux où sont valorisées l'autonomie et l'indépendance, comme l'illustre la dernière loi sur la contraception et l'avortement. « L'annonce en France, fin novembre, 1999, de la possibilité pour des jeunes filles de douze à dix-huit ans fréquentant le collège ou le lycée d'avoir accès par l'intermédiaire des infirmeries des établissements scolaires, à la pilule du lendemain (Norlevo®) permet de poser publiquement la question de l'autonomie et de l'indépendance puisque les jeunes filles n'ont nul besoin de demander la permission à leurs parents » souligne François de Singly (2000, p. 12). Aussi, « en prévoyant de ne plus rendre obligatoire l'autorisation parentale pour les mineures souhaitant avorter et en lui substituant l'autorité d'un adulte acceptée par elles, l'État manifeste aujourd'hui sa volonté de donner aux jeunes filles une maîtrise accrue de leur corps. La mesure ne va pas de soi, elle prend à rebours la politique des sociétés occidentales qui, au fil des siècles, tendirent à s'arroger à leur profit, et singulièrement à celui des hommes, une jouissance en usufruit des corps juvéniles féminins. Certes, les jeunes filles ont été de plus en plus nombreuses à fronder cet ordre politique et social corporel qui thésaurisait leur virginité, comptait et régulait leurs gestes, économisait leurs désirs et leurs plaisirs pour mieux dilapider ce capital productif au soir des noces promises ou, au contraire, épargner sa disgrâce à l'ombre des couvents. Mais c'est surtout depuis la fin des années 1960 et la diffusion de la contraception orale que les filles, sans trop attendre le nombre des années, éprouvent délibérément leur sexualité : aujourd'hui, une adolescente échange son premier baiser dès 14 ans et conclut son premier rapport vers 17 ans, témoignant ainsi d'une précocité sexuelle presque équivalente à celle des garçons¹ » (Bruit Zaidman et *al.*, 2001, pp. 7-8).

Les données statistiques n'informent que partiellement de l'entrée dans la sexualité active des individus, d'où l'importance de s'intéresser aux logiques individuelles.

¹ Données extraites de Lagrange, Lhomond, 1997, p. 31.

Hugues Lagrange (1999) a mis l'accent sur l'importance du flirt et des caresses préliminaires dans l'initiation sexuelle. La norme de la progression des contacts corporels dans l'initiation sexuelle valorise une conception du « bon » déroulement d'une histoire d'amour : entre le baiser et le rapport sexuel, des caresses et des préliminaires doivent s'effectuer entre partenaires, même si en réalité la progression n'est toujours pas aussi marquée : les parcours individuels sont très contrastés, et de ce fait, des jeunes peuvent être « précoces » pour certaines pratiques et « tardifs » pour d'autres. L'objectif sera ici de s'attacher aux logiques individuelles pour comprendre le déroulement des pratiques contraceptives dans les premiers temps de la vie sexuelle, et leur rôle dans la construction identitaire, mais en même temps de souligner certaines régularités.

Les travaux sur la contraception se sont longtemps attachés à identifier, décrire les pratiques contraceptives par le biais des données socio démographiques (âge, âge au mariage, situation matrimoniale, niveau de diplôme ou niveau d'étude...), en comparant la plupart du temps les femmes ayant recours à une contraception et celles qui n'en utilisent pas, recherches qui en cela se rapprochaient de la démarche épidémiologique. « L'approche sociologique contemporaine de la sexualité se caractérise par le refus d'interpréter la conduite sexuelle comme le résultat d'une opposition entre une pulsion sexuelle naturelle et une loi sociale, qui fonctionnerait comme principe répressif. Les travaux de Michel Foucault (1976) et ceux de John Gagnon et William Simon (1973) ont contribué à faire accepter l'idée, concernant la sexualité, que la société était moins un principe de coercition que « l'indispensable principe de production des conduites sexuelles et des significations qui lui sont liées ». Il n'existe pas dans l'espèce humaine de sexualité naturelle. Aucun contact sexuel, aussi simple soit-il, n'est imaginable hors des cadres mentaux, des cadres interpersonnels et des cadres historico-culturels qui en construisent la possibilité » insistent Michel Bozon et Alain Giami (1999, p. 69). « L'histoire de la sexualité au XX^e siècle n'est pas celle d'une soudaine ouverture et libération succédant à une longue ère de répression et de tabou », « mais une série de réorganisations des rêves, des désirs, des situations et des relations des hommes et des femmes, dont le sens n'est pas toujours facile à percevoir et à décrire, et dont le rythme n'est pas homogène d'un secteur social à l'autre. Il n'est pas faux de voir dans la généralisation de la contraception médicale un tournant, mais surtout dans la mesure où elle a impliqué le passage de méthodes contraceptives dépendant de la (bonne) volonté des hommes à des méthodes directement contrôlées par les femmes. Inscrite dans un

processus multiforme de médicalisation de la sexualité, la banalisation du recours à la contraception médicale n'a pas signifié un relâchement du contrôle social sur la sexualité, mais au contraire plus de réflexivité et de contrôle au cœur même de l'activité sexuelle » (Bozon, 2001a, p. 7).

Si aujourd'hui les méthodes modernes de contraception permettent de dissocier le rapport sexuel et la fécondité, et si on peut faire des enquêtes exclusivement sur la contraception et d'autres sur l'avortement, on ne peut néanmoins faire une étude dissociant contraception et sexualité dans la mesure où pour essayer de comprendre les pratiques contraceptives, il faut prendre en considération l'importance des enjeux sanitaires affectifs et identitaires lors de la relation sexuelle. La pratique contraceptive reste liée aux représentations qu'ont les individus de la sexualité, qui comprend des significations, des pratiques et des relations ; les rapports sociaux sont donc au cœur de la sexualité. Et même si à l'époque contemporaine les interactions sexuelles sont de moins en moins codifiées, *a priori*, elles ne sont pas devenues « libres » pour autant, chaque individu n'est pas en permanence en train d'inventer son rôle (Giddens, 1994). Le cadre, le répertoire et les significations de la sexualité restent inscrits dans les formes instituées et intériorisées des relations entre individus. « Les rapports de genre, les rapports de génération, les rapports entre classes sociales comme entre groupes culturels et ethniques structurent les perceptions du possible, du rêvé, du désirable et de la transgression en matière de sexualité. C'est pour ces raisons que l'approche sociologique de la sexualité consiste en un travail de « contextualisation sociale et culturelle, qui vise à dégager les relations multiples et parfois complexes qui relient les phénomènes sexuels aux autres processus sociaux. C'est en ce sens que l'on peut dire qu'elle prend pour objet la « construction sociale de la sexualité » (Bozon, 2002). Il est en conséquence indispensable d'objectiver les discours sociaux sur la sexualité, qui risquent, sinon, de constituer un horizon indépassable à leur compréhension. Comme l'ont montré l'ensemble des enquêtes que nous avons présentées, aujourd'hui, il n'existe plus de vision unitaire des significations que la sexualité a (ou devrait avoir) pour les individus, mais plutôt une diversité de formes de cohérence de la sexualité qui, selon Michel Bozon, résulte moins d'une « révolution sexuelle » que d'une individualisation des comportements et des idéaux, parallèle à d'autres évolutions de la société et de la famille, comme par exemple le déclin pratique et symbolique du mariage. À ce titre, il rejoint Marcel Calvez pour qui « les analyses en termes de construction sociale de la sexualité ont leur pertinence dans ce contexte d'un

décrochage et d'une distance de l'individu et de la société. On ne peut alors pas lire l'expérience de l'individu par le seul prisme des normes sociales ; il convient d'y intégrer l'activité des individus qui se construisent un cadre des relations et qui produisent le sens de leurs actions au sein de cette hétérogénéité. Cette expérience a des contenus singuliers qui résultent de la recomposition de son environnement social que l'individu opère dans sa biographie » (Calvez, 1995). Les expériences des individus, si singulières soient-elles, présentent entre elles des points communs qui se prêtent à une analyse sociologique, et c'est bien ce qui nous intéressera ici. Nous chercherons à comprendre les enjeux identitaires et relationnels dans les pratiques contraceptives et à mettre en lumière les enjeux sous-jacents à la prise de la contraception d'urgence. En partant de l'hypothèse que toute activité individuelle s'inscrit dans un contexte plus large, en interaction avec les autres, on a cherché à souligner la pertinence de la dimension relationnelle dans l'approche des pratiques contraceptives. Ce travail s'inscrit dans la suite des travaux menés sur les jeunes et la sexualité : il se penche davantage sur l'étude des relations, de leurs significations et leurs effets sur la construction identitaire, que sur une description de la sexualité (Lagrange, Lhomond, 1997 ; Maillochon, 2001a). Il a été réalisé dans un contexte socio historique où la procréation est dissociée de la sexualité et où une relation conjugale n'est pas concevable sans activité sexuelle entre conjoints, mais également où la sexualité ne suffit pas à constituer un couple.

La socialisation, une clé pour comprendre les pratiques

S'intéresser au processus de construction identitaire, c'est tenter de comprendre la manière dont s'élabore une définition de soi et de la réalité résultant de la socialisation. La socialisation est un processus de construction de l'identité sociale dans et par l'interaction ou la communication avec autrui (Mead, 1963 [1934]) plaçant la relation interpersonnelle au centre de ce processus. En prolongement des travaux de George H. Mead, Peter Berger et Thomas Luckmann distinguent deux processus : celui de socialisation primaire et celui de socialisation secondaire. « La socialisation primaire est la première socialisation que l'individu subit dans son enfance, et grâce à laquelle il devient un membre de la société. » (Berger, Luckmann, 1986 [1966], p. 179) ; elle implique une intériorisation des codes de la société, de la réalité. La socialisation secondaire est un « processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans de nouveaux secteurs du monde objectif de sa société » (p.179). Il s'agit

dès lors de concevoir le processus identitaire comme un mouvement continu, la socialisation n'est alors « jamais totale ni terminée » (Berger, Luckmann, 1986, [1966], p. 188). Loin d'oublier leurs socialisations antérieures, les individus vont être amenés à intérioriser de nouveaux « sous-mondes » et à composer avec eux (p. 189)². De nouvelles dimensions identitaires se superposent et contribuent à transformer la définition de soi sans la modifier réellement, ce que l'on cherchera à mettre en évidence à travers les débuts de la biographie amoureuse et sexuelle, et plus largement des premières fois (premier baiser, premier rapport sexuel, première contraception). « Aujourd'hui, l'individu se pense inachevé ; il a donc toujours besoin de très proches pour l'aider à découvrir des ressources enfouies au fond de lui-même » (Singly, 1996, p. 15). C'est ce qui fait de la construction identitaire un processus pour lequel les étapes et transitions traditionnelles ne sont pas forcément opératoires sauf, lorsqu'elles sont revendiquées comme telles par les acteurs.

2. LES MOTS POUR SE DIRE « JEUNE » ET « FEMME »

Une étude du vocabulaire choisi par les enquêtées pour parler d'elles-mêmes permet une première approche, indirecte certes mais vivante, de leurs représentations implicites (Sohn, 1996b). Dans cet objectif, on a cherché à savoir puis à comprendre comment les jeunes enquêtées parlaient d'elles-mêmes, et à partir de quoi elles effectuaient ce choix. La comparaison de l'ensemble des entretiens a permis de mettre en lumière l'importance de la dimension générationnelle et de la dimension genrée pour se définir. En effet, les enquêtées se disent à la fois jeunes et femmes. Il semble intéressant de s'arrêter rapidement sur ce qui leur paraît important, ceci aidera à comprendre le processus de construction de soi.

S'il existe, aujourd'hui, une fin de l'enfance, « c'est-à-dire permettant l'entrée dans un autre monde : celui de l'adolescence, avec la « culture jeune », avec l'expérience amoureuse et sexuelle, les sorties avec les copains, les copines. (...) L'adolescence signifie que l'enfant – au sens de « fils de » ou « fille de » - ne peut plus être traité

² « Ce qui caractérise toute socialisation secondaire, c'est qu'elle survient après la socialisation primaire d'un individu et doit donc compter avec un Moi déjà formé et un monde déjà intériorisé » rappelle Isabelle Clair (2005, p. 23). En effet, « il faut plusieurs chocs biographiques pour désintégrer la réalité massive intériorisée au cours de la prime enfance. Il en faut beaucoup moins, par contre, pour détruire les réalités intériorisées plus tard » (Berger, Luckmann, 1986 [1966], p. 195).

comme un enfant – au sens de petit. C'est un temps important de découverte de soi et de revendication identitaire » (Singly, 2001a, p. 5 ; 2006). Le passage à l'âge adulte est quant à lui un processus beaucoup plus flou pour lequel on ne peut établir clairement un « avant » et un « après »³. Les seuils, ou plutôt les étapes, sont négociables : elles peuvent être « franchies » à des âges différents, dans un ordre aléatoire, et ne sont pas toutes obligatoires. Il y a, d'une certaine manière, une individualisation des étapes, dans la mesure où elles sont adaptables et adaptées par les jeunes dont l'objectif commun est de devenir adulte. Pour cela, il faut accroître les domaines sous responsabilité personnelle, ce qui permet de devenir soi sans ses parents, à côté d'eux.

« Je pense que dans ma tête je suis mature et tout... Mais après je pense que adulte c'est des responsabilités et tout... c'est s'assumer et financièrement, je m'assume pas encore ! J'ai encore besoin de ma mère donc... » (Céline, 21 ans, étudiante en école de commerce)

« “Adulte“ bah mes parents sont adultes. Moi je peux me gérer toute seule mais pas pleinement. J'ai toujours besoin de quelqu'un de supérieur à moi pour me guider dans mes trucs, donc moi je suis pas adulte... Je suis pas complètement responsable de moi-même et tout... » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Les « *responsabilités* » dont parlent les jeunes femmes rencontrées se caractérisent par la volonté d'être autonomes (dans les choix et décisions) et le désir d'être indépendantes (financièrement et dans les déplacements). L'enjeu est l'acquisition de nouveaux territoires moins contrôlés par les parents (Singly, 2000, p. 12)⁴. Les frontières du monde personnel ne sont pas stables et les jeunes mettent en œuvre des « stratégies de grignotage » (Ramos, 2000) pour élargir leur domaine de compétence. Bien souvent, ce qui est sous leur responsabilité concerne tout ce qui touche aux amis, à la vie sexuelle, aux loisirs, et ce qui demeure supervisé par les parents inclut surtout les affaires scolaires et/ou professionnelles (Dubet, 1991 ; Cicchelli, 2001 ; Galland, 2001 ; Singly, 2006). La sexualité et la contraception sont à ce titre des symboles de l'acquisition et de la gestion de nouveaux territoires par les jeunes.

³ Ce processus est marqué par une succession d'étapes, sans ordre prédéfini, ce qu'Olivier Galland nomme une désynchronisation des seuils de passage, et que Jean-Claude Chamboredon appelle une dissociation des différents calendriers dans le temps biographique (1985). En résumé, les auteurs s'accordent pour dire que « Les seuils de passage deviennent plus flous et cessent d'être irréversibles » (Battagliola et al., 1997, p. 86). Aujourd'hui, « sortir de l'adolescence et devenir adulte est un processus évolutif, jalonné d'expériences, d'essais et d'erreurs, et non d'un changement bref, socialement marqué et reconnu » (Giami et al., 2004, p. 8).

⁴ « Schématiquement, l'indépendance, c'est la liberté et les moyens de l'avoir, moyens financiers et moyens physiques ; l'autonomie, c'est la capacité à choisir son style de vie : pas seulement son goût, mais aussi ses valeurs, ses normes de conduite. » (Singly, 2001a).

Pour Yvonne Knibiehler, « gérer soi-même sa sexualité, c'est peut-être le seuil essentiel du passage à l'âge adulte ». Reprenant Nelly Roussel⁵, elle souligne que « plus que n'importe quel autre savoir, le savoir sur le sexe doit être l'objet d'une conquête personnelle », c'est « un acte de liberté » (Knibiehler, 1996b), d'où l'importance de la sexualité dans la construction identitaire. Le choix des mots pour *se* dire est à mettre en relation avec le processus de construction identitaire. En effet, comme l'explique Michel Bozon (2001b), dans la construction de soi, une des difficultés réside dans l'effort à mener pour se connaître, se situer vis-à-vis des autres et se comprendre.

À la lecture des recherches sur les femmes jeunes, on constate un flou autour des expressions « jeune fille »⁶ et « jeunes femmes » ; or les entretiens menés montrent combien les nuances sont importantes pour les intéressées.

« Bah alors déjà jeune fille c'est plus petit, une jeune femme c'est un peu plus grand et femme c'est quand t'as 40 ans quand t'es mariée et que t'as des enfants. Et fille bah c'est normal ! Genre fille c'est entre 13 et 17 ans. Et jeune femme c'est 17-25 ans... femme c'est quand t'as des enfants que tu te maries. Et jeune femme, c'est quand t'as des relations plus posées... bon par exemple Lili, c'est entre jeune fille et jeune femme ; c'est par rapport à tes relations, à ce que tu fais à cet âge-là, genre Lili ça fait déjà longtemps qu'elle est avec son gars, moi j'ai jamais duré... et c'est par rapport à l'école aussi, en fonction de ta classe ! » (Delphine, 15 ans, lycéenne)

Pour Yvonne Knibiehler, les règles et le mariage permettaient de différencier la « fille » de la « jeune fille » : huit ou dix ans peuvent s'écouler entre la menstruation et le mariage, et « durant ce laps de temps, la fille devient jeune fille » (Knibiehler et al., 1983a, p. 10 ; 2002, p. 29)⁷. Mais au-delà du mariage, on peut repérer dans les textes une distinction liée à la biographie sexuelle et plus particulièrement au premier rapport sexuel avec pénétration vaginale. En effet, dans *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes*, ouvrage dirigé par Alain Giami et Marie-Ange Schiltz, les auteurs ne semblent pas faire de distinction entre « filles » et « femmes » (ils ne font pas référence à l'âge, « jeune »). Cependant, les auteurs parlent de « filles » lorsque les enquêtées

⁵ Nelly Roussel, *L'éternelle sacrifiée*, Paris, Syros, 1979. Citée par Yvonne Knibiehler (1996b).

⁶ L'expression « jeune fille », peu fréquente avant le XIX^e siècle (tout au moins dans son sens actuel), est volontiers élitiste : « c'est la demoiselle qui est jeune fille ; la paysanne, l'ouvrière sont seulement des filles » (Knibiehler, 1996a ; Bernos, 1996). Pour une histoire de l'expression « jeune fille », lire Knibiehler et al., 1983, p. 14-22.

⁷ « C'est le retard de l'âge au mariage qui ménage une place à la « jeune fille » là où, avant, on ne connaissait que des « filles », puisque dès le XVIII^e siècle la plupart des filles ne se marient qu'au delà de leur vingtième année. Ainsi, est « jeune fille » la fille que l'on songe à marier et « femme » celle qui se marie et connaît la défloration nuptiale. L'état de « jeune fille » dure alors un temps qui va de l'apparition des règles au mariage (l'âge des règles avant le milieu du XVIII^e siècle se situerait autour de 16 ans, soit environ deux ans de plus que la moyenne actuelle) » (Knibiehler et al 1983a p. 17).

n'ont pas eu de relations sexuelles (rapports sexuels avec pénétration vaginale, selon eux) et de « femmes » lorsqu'elles ont une vie sexuelle active. Leur distinction entre « filles » et « femme » s'appuie également sur le niveau de consentement du rapport sexuel puisque les femmes jeunes ayant été abusées sexuellement redeviennent des « filles » : « quelques *filles* ont évoqué la survenue d'un épisode d'abus sexuel au cours de leur enfance ou d'une période récente » (Giarni et *al.*, 2004, p. 15). Toutefois, parler de « fille » pour les vierges et de « femme » pour celles ayant eu des rapports sexuels ne paraît pas satisfaisant à la lecture des entretiens effectués. D'une part parce que fonder la distinction fille/femme sur la virginité contribuerait à accorder un *prima* à l'hétérosexualité (et à la pénétration vaginale comme « vrai » rapport sexuel). D'autre part parce que supprimer la dimension de l'âge c'est oublier l'appartenance générationnelle que revendiquent les femmes jeunes. Ainsi, même si aujourd'hui « les jeunes filles sont (...) regroupées dans des catégories plus larges, qui effacent l'âge⁸ (on dit « les filles », les « femmes ») ou qui effacent le sexe (on dit « les jeunes », et « les ados ») » (Knibiehler, 1996a), lorsque les enquêtées parlent d'elles-mêmes et de leurs pairs elles insistent sur cette double dimension identitaire. Il s'agira donc de rompre ici avec l'idée que la perte de la virginité « rend » femme ; comme le soulignait Dominique Grisoni, « la femme, qui sort du lit où s'était étendue la jeune fille, se sait femme, non parce qu'elle estime qu'on la verra désormais comme telle, mais parce qu'elle se vit, parce qu'elle se sent maintenant comme femme » (1982, p. 26). Si le premier rapport sexuel « *compte* » dans la biographie sexuelle des jeunes femmes, ce n'est pas pour autant qu'il constitue un rite de passage (au sens où Arnold Van Gennep l'entend, 1992 [1902]). La sexualité joue un rôle de formation à la vie sociale et personnelle et détermine la construction identitaire de la personne (Apostolidis, 1993), de ce fait, là où la sexualité se révèle être une expérience personnelle et fondamentale dans la construction de l'individu, elle s'inscrit aussi largement dans la quête d'autonomie et d'indépendance. Mais les mots qu'utilisent les jeunes femmes rencontrées pour se dire, pour se définir, comprennent bien souvent la maternité, qui est selon elles une dimension essentielle de la féminité.

⁸ Il semblerait que l'on écrive différemment selon qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes jeunes. Pour les premiers, les auteurs parlent de « garçons » ou « hommes » (et mettent l'accent sur le sexué), pour les secondes ils ne dissocient pas l'âge du sexué : on parle alors de « *jeune* fille » ou de « *jeune* femme » (Grisoni, 1982, Echard, 1985).

Lorsque les enquêtées distinguent « jeunes filles » et « jeunes femmes », elles ont recours à une double logique à la fois intrasexuelle et intersexuelle (Caron, 2001). Elles ont ainsi replacé d'abord l'expression « jeune fille » dans sa dimension intrasexuelle : « *jeune fille bah... c'est plus petit que fille* » ou « *ça s'oppose à petite fille* » (qui fait davantage référence à l'enfance). Puis elles ont mis l'accent sur la dimension intersexuelle⁹, précisant leurs rapports avec les jeunes hommes comme on peut le lire dans les propos de Delphine. Pour elle, on peut se considérer « jeune femme » à partir du moment où l'on a vécu une histoire « amoureuse » ou « sentimentale » pendant « *longtemps avec un gars* »¹⁰, ce que confirme Dounia.

« En fait, je suis une jeune fille, ça serait plus mes délires et tout... Et puis jeune femme c'est plus au niveau sentimental par rapport à toutes celles que je connais. Bon moi je vois elles restent depuis... elles ont des relations plus courtes. Bon moi ça fait deux ans et demi que je suis avec mon copain, donc ça fait un petit moment, on pense déjà à vivre ensemble et tout... donc ouais c'est le côté sentimental... Parce que les études et tout là je suis la même que les autres. » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Il n'existe pas un événement précis pour signifier le passage de l'une à l'autre expression, il s'agit plutôt de l'intensité de la biographie affective donnant une importance primordiale à la conjugalité (très valorisée dans les années collège-lycée), qui ne peut être réduite à la virginité.

Le point sur lequel les jeunes femmes rencontrées insistent et s'accordent, c'est « *qu'une femme, c'est une mère* ». La maternité est, selon elles, indissociable de la féminité. Ainsi une femme ne pourra être considérée comme telle qu'à partir de sa dimension maternelle. Pour elles, « *on est une femme lorsqu'on est une mère* » ; c'est à la fois l'image qu'on leur renvoie et qu'on leur impose à laquelle elles font référence ici¹¹. Comme l'explique Agnès Fine à propos du désir de maternité, « sans vouloir minimiser l'importance de l'inconscient individuel dans la notion même de désir d'enfant, bien mise en évidence par les psychanalystes, les comportements correspondent probablement à des désirs socialement construits, en particulier selon le sexe. » (Fine, 2001, p. 65).

⁹ Dans la logique intersexuelle, nous retiendrons l'opposition « jeune fille » / « jeune garçon » et « jeune femme » / « jeune homme », afin de les mettre davantage en concordance (l'utilisation de cette expression ne fait pas référence ici à celle utilisée dans les recherches sur les transgenres).

¹⁰ La durée n'est pas précisée dans l'entretien, cependant avec le récit de l'histoire de son amie Lili, on peut estimer que 6 mois à 1 an sont nécessaires pour considérer une histoire comme « longue ».

¹¹ La norme du premier enfant au « bon moment » se fait ressentir dans l'attitude des employeurs sur le marché du travail : « les femmes sont presque toujours perçues comme des *mères* réelles ou potentielles. » (Knibiehler, 2001, p. 205) et les réticences à embaucher une jeune femme considérée comme en âge d'avoir des enfants le rappellent à celles qui feindraient de l'oublier.

« En fait t'es une femme... t'es une femme quand t'es une mère. Non enfin bon, non, pas autant que ça, t'es une femme quand tu peux être une mère. Moi je pense que c'est lié le fait d'être une femme et d'avoir un enfant. Ouais quelque part tu grandis et t'es obligée de grandir quand t'as un enfant. Et c'est ça qui fait que t'es femme. Et puis y a que les femmes qui peuvent avoir des enfants, si tu en as un, ça veut bien dire que t'es une femme. Oui. Moi je pense que c'est lié (...). D'ailleurs quand t'y réfléchis, quand t'as tes règles les parents te disent « ça y est t'es une petite femme » comme si bon... Le fait de pouvoir avoir un enfant à partir du moment où tu as tes règles, ça ferait que tu pourrais être une femme... après (...) Quand t'as tes règles t'es une petite femme, quand t'es une mère t'es une vraie femme » (Alexandra, 22 ans, chômeuse)

Les plus âgées des enquêtées (22-25 ans), racontent les fréquentes allusions à la maternité faites par leur entourage. Allusions d'autant plus fréquente qu'elles sont dans une histoire amoureuse longue. Cette idée d'un « bon âge » pour la maternité (Le Van, 2002 ; Charbonneau, 2003) souligne combien « les femmes ont acquis un statut grâce à la maternité » (McLaren, 1996, p. 26)¹², et « que la première maternité, en ce qu'elle marque un changement de statut des femmes, est un passage essentiel dans la construction de l'identité féminine » (Fine, 2001, p.65) ; dans une moindre mesure, la puberté et l'arrivée des règles peuvent être interprétées comme des signes d'accession au statut de femme. À l'inverse, la peur de la stérilité à long terme révèle le désir « *de devenir femme* », c'est-à-dire d'avoir la possibilité de procréer même si parmi les jeunes femmes rencontrées, elles ne le feront pas toutes. C'est la capacité à procréer qui est questionnée et non la procréation en soi¹³. Pour Agnès Fine, « tout se passe comme si, aujourd'hui encore, la maternité était vécue comme une étape nécessaire dans la construction de l'identité féminine¹⁴, alors que la paternité n'aurait pas la même fonction identitaire dans la construction de la masculinité. » (Fine, 2001, p.69). Cette importance de la maternité et cette crainte de la stérilité permettent de saisir combien la performance du corps, en tant que corps féminin, et sa régularité quasi mécanique se

¹² Olivier Schwartz souligne que « la maternité fertile est certes associée à une image de puissance valorisante, mais les signes et les réalités peuvent très vite s'inverser, et l'on bascule alors dans l'écrasement sous les charges familiales, l'enfermement domestique. » (1990, p. 140).

¹³ Une infime partie des enquêtées déclare désirer un enfant dans un délai très bref, seule Laetitia n'utilise aucune contraception et a le désir d'être enceinte.

¹⁴ Toutefois, si « on parle du pouvoir détenu par les femmes à travers leur capacité biologique de mettre des enfants au monde mais on parle moins de ce que ce prétendu « pouvoir » coûte à ces femmes au niveau de leur place dans la société : une étude sur les femmes mères et travailleuses montre que les mères actives ont, selon leur place dans la hiérarchie sociale, le « choix » entre le blocage de leur carrière ou les risques de sortie d'activité pour fait de maternité » (Devreux, Ferrand, 1986, p.108).

trouvent remises en cause en cas de retard par exemple¹⁵. Toute irrégularité est alors suspecte.

La question de la maternité interroge néanmoins au-delà de la dimension sexuée. Les enquêtées se distinguent des « adolescentes » en raison des représentations qu'elles ont de l'adolescence (jeunesse et immaturité) à une période où elles cherchent à montrer qu'elles ont davantage de domaines sous leur responsabilité (la contraception et la gestion de la fécondité en sont des illustrations). Aussi, si les jeunes femmes rencontrées reconnaissent faire partie des femmes, au sens individus de sexe féminin, elles ne se considèrent pas pour autant « *femmes avec un grand F* » qu'elles associent à l'âge adulte. Avoir une relation durable, un logement indépendant de celui des parents, un « job » ou un emploi stable (« *vrai travail* ») sont les indicateurs récurrents dans les entretiens pour décrire l'âge adulte.

« Bah [je suis] une vieille ado ! Je pense que j'ai un peu passé le cap de l'adolescence. Je m'en rends compte parce que je supporte beaucoup plus ma mère, alors qu'avant j'avais vraiment du mal. (...) À chaque fois qu'elle voulait me conseiller et tout ça, c'était « non ». Alors que finalement, elle voulait juste m'aider. Bon, maintenant, je trouve toujours inutile qu'elle veuille me donner des conseils et tout. Je sais pas non, c'est bizarre ! » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

YA : *Et vieille ado... ?*

« Bah c'est euh... je sais pas... pff... bizarre ! On a passé la puberté, on commence à être plus sérieux, pas responsable. Moi je suis pas majeure, donc tout ce qu'est papiers et tout... Bon la fac faut être seul et tout, personne pour t'aider... Donc bon t'es vraiment autonome ! Donc jeune adulte ça sera majeure, à la fac, euh et puis qui se débrouille par lui-même et qui fait face aux difficultés et tout... Moi j'ai trop tendance si y a un problème à aller voir mes parents et mes amis. Bon même si ça se fait après, je pense moins quand même. C'est plus prendre sur soi. » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Avoir des responsabilités, c'est étendre les domaines qui leurs sont propres. Plusieurs auteurs ont ainsi souligné combien la quête d'autonomie repose largement sur la constitution d'une sphère privée qui se construit à partir de relations échappant aux institutions familiales et scolaires : relations avec le groupe de pairs, relations amoureuses et sexuelles (Singly, 1996 ; Ramos, 1998 ; Bozon, 2004). Être adulte, c'est donc avoir des responsabilités, avec un grand « R », c'est-à-dire réussir à « *se gérer seule* » (réussir seule à gérer sa fécondité par exemple).

¹⁵ Si elles sont rassurées d'avoir leurs règles, les jeunes femmes rencontrées s'accordent bien souvent sur l'idée que les règles sont un moment désagréable (« *chiant* », « *fatigant* » ou « *sale* ») dans la vie d'une femme et qu'il s'agit d'une inégalité supplémentaire entre hommes et femmes car les premiers en sont dispensés.

« Je me considère pas encore comme adulte. Enfin si, je suis adulte, j'ai 20 ans. Mais je pense que je suis pas encore indépendante tout à fait. Je me gère pas encore tout à fait toute seule. Je suis une femme... mais je pense que je suis encore une jeune femme quoi. (...) Bah une jeune adulte ouais. Une ado non... et adulte bah c'est quand t'arrives à te gérer toute seule. Moi je suis encore chez ma mère, je suis encore dépendante... (...). Arriver à se gérer, ça veut dire, euh... ne plus avoir besoin des parents pour prendre des décisions (...) être responsable de quelqu'un » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

La responsabilité d'autrui est un critère supplémentaire pour se dire adulte, comme le remarque Claire Bidart : « devenir parent est le seuil ultime du « saut » générationnel (...). Cette question des responsabilités que l'on assume au-delà de sa personne est encore plus nettement exprimée avec la question de l'accession au statut de parent. » (Bidart, 2002, p. 161). Ceci permet de noter à quel point les jeunes femmes ont une vision très normative des rôles sexués, le rôle féminin ne s'entendant comme accompli que sous l'angle de la maternité réalisée¹⁶.

« Pour moi, à 40 ans, t'es femme, mais je sais pas trop où situer la limite du début ! C'est plus une question de comment tu te positionnes par rapport à la vie... Mais les enfants, c'est quand même le passage, moi je pense, dans la vie de « femme-femme » » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Le seuil de la parentalité semble rester relativement solide et décisif. « Il engage le renouvellement des générations, mais aussi la mutation des rapports avec les parents, dont le rôle en termes de reconnaissance du jeune comme adulte reste déterminant » (Bidart, 2002, p. 165). Leurs propos témoignent d'une vision de la maternité qui permettrait d'accéder à une vision positive de soi ; de ce fait, même si « la maternité est de moins en moins « naturelle » (rappelant l'ordre biologique des sexes), elle demeure, pour une majorité de jeunes femmes, « un passage particulièrement valorisé de leur vie, le lieu d'affirmation par excellence de leur identité sexuée » (Knibiehler, 2001, p. 28)¹⁷.

¹⁶ Cette accession au statut de femme avec la maternité s'inscrit dans la vision traditionnelle des femmes. Loin d'être typique aux seules enquêtées, avoir un enfant est un élément marqueur d'identité dans de nombreuses sociétés, comme Odile Journet (1985) a pu le constater chez les Joola de Basse-Casamance par exemple « Les prérogatives dont elles peuvent disposer ne s'exercent que dans le cadre d'une contrainte parfaitement intériorisée : celle de la maternité. « Il faut avoir engendré pour savoir ce que c'est d'être une femme » disent les Joola. Le premier accouchement est sans conteste celui qui a la plus forte charge symbolique et sociale. (...) » (p. 26-27). La maternité est donc prégnante dans la construction de la féminité. On remarque donc l'importance et la prégnance des idéologies qui « définissent les femmes comme faites pour la procréation, la maternité comme la véritable fonction des femmes ». (Tabet, 1985, p. 74).

¹⁷ Pour une petite partie des jeunes femmes interrogées (plutôt âgées, issues d'un milieu social favorisé voire très favorisé et ayant une perspective de carrière professionnelle), la non-maternité peut être concevable (une des responsabilités de l'âge adulte comprend alors la maîtrise de la fécondité).

« Bon tu vois ouais, je suis pas une femme encore, oui j'ai pas eu d'enfants, et puis en plus j'ai pas de mec (rires)... Et bon, faut le reconnaître, une femme c'est un mari, des enfants, une maison et tout... Mais, en fait non, c'est pas que le fait d'avoir des enfants... parce que ça serait dégueulasse pour celles qui peuvent pas en avoir (rires) ! En plus bon, si j'ai pas d'enfant à 30 ans, ou à 40 ans, j'espère que je serai quand même une femme... Quand même... (Églantine, 24 ans, styliste)

Les jeunes femmes interrogées distinguent deux périodes ou âges de la vie (repérés par Paola Tabet). « L'une se situe autour de la puberté des filles, et est dédiée à une sexualité plus ou moins « libre » : les filles et les jeunes hommes sont engagés dans des relations amoureuses souvent multiples dont la procréation est en général bannie. L'autre période est caractérisée par une sexualité conjugale à but reproductif. » (Tabet, 1985, p. 105). La procréation prescrite dans le mariage s'oppose alors à la procréation souvent rigoureusement interdite dans la période préconjugale. Parce que les jeunes que nous avons interrogées se sentent plus femmes que filles, parce qu'elles se sentent d'abord jeunes, nous parlerons de « jeunes femmes » à propos des enquêtées de manière à rester au plus près de leurs propos et de leur vécu.

3. UNE APPROCHE BIOGRAPHIQUE DE LA SEXUALITE ET DE LA CONTRACEPTION

Il s'agira de saisir l'entrée dans la vie sexuelle active comme élément de la biographie des jeunes interrogées. Nous reprendrons les expressions « biographie sexuelle » et « biographie contraceptive » auxquelles nous proposons d'ajouter celle de « biographie affective » qui seront analysées par la suite. L'intérêt d'une approche biographique est de mettre l'accent sur l'idée qu'il s'agit d'un processus global, au sein duquel nous étudierons une partie : les débuts contraceptifs des jeunes femmes. Partant de l'idée que « l'attention du sociologue de la jeunesse doit se focaliser sur le parcours individuel des acteurs sociaux tout au long de leur cycle de vie » (Pugeault-Cicchelli et *al.*, 2004, p. 224), l'étude du premier rapport et des suivants ne sera plus à rattacher à une catégorie d'âge mais plutôt à interpréter « comme une portion, un parcours d'une trajectoire, d'une biographie. » (Pugeault-Cicchelli et *al.*, 2004, p. 224). Aussi, nous n'accorderons pas un intérêt exclusif au premier coït : les premiers temps de la sexualité ne se résument pas au premier rapport mais s'inscrivent dans un processus où se

multiplient les premières fois¹⁸, au sens de moments symboliques d'accumulation, d'expériences ponctuelles¹⁹.

Il importe d'éviter de considérer la sexualité comme une fonction autonome qui aurait en soi une existence incontestable et objective, puisqu'elle déborde obligatoirement sur d'autres domaines de la construction de soi comme les sorties, les relations amicales, familiales (et plus strictement parentales), médicales... c'est pourquoi cette recherche se concentrera sur la contraception d'urgence comme élément de la biographie contraceptive, en accordant une importance au contexte dans lequel elle se produit (biographie sexuelle et affective). Les articulations entre ces différentes dimensions biographiques rendent possible une analyse en profondeur des pratiques individuelles, qui ne peuvent être autonomisées car elles sont liées les unes aux autres comme l'ont montré les travaux de John Gagnon (1990), Michel Bozon et Alain Giami (1999). L'approche biographique de la sexualité permettra de rompre avec l'idée qu'il existerait une progression linéaire des pratiques en fonction de l'âge et qui s'imposerait aux individus. Dans la perspective d'une sociologie compréhensive, une attention particulière est accordée aux rythmes individuels : des jeunes peuvent par exemple être précoces pour certaines activités sexuelles, mais tardifs pour d'autres, ou encore tout découvrir en même temps ; ce qui nous permet de souligner que tout comme il n'existe plus de seuils objectifs du passage à l'âge adulte, il n'existe pas d'ordre objectif de la sexualité.

L'usage du terme « biographie » permet d'appréhender la construction identitaire en tant que processus, qui se déroule tout au long de la vie et où il est question d'un

¹⁸ Emblème de la sexualité conjugale, le premier coït hétérosexuel constitue le principal centre d'intérêt des enquêtes sur la sexualité, même si d'autres pratiques sont parfois envisagées. L'évaluation de l'âge au premier rapport en particulier représente un enjeu important, soumis à des réévaluations permanentes : il est souvent présenté comme l'indicateur le plus pertinent pour évaluer la transformation des pratiques et démontrer l'abandon du premier rapport lié au mariage et à la dissociation entre premier rapport et procréation. Au XIX^e siècle, le rite de passage à l'âge adulte le plus marquant était le mariage, qui constituait un enjeu bien plus fort pour les femmes que pour les hommes. À cette époque, le passage de jeune fille à femme mariée était instantané. Aujourd'hui, le changement d'état est beaucoup plus flou, et on parle de processus pour mettre l'accent sur le fait que la période pendant laquelle s'effectue le passage à l'âge adulte s'est « allongée » (pour reprendre un terme d'Olivier Galland) et les étapes de transition se sont multipliées et désynchronisées (Bozon, 2004, p. 26). Dans les articles de vulgarisation, l'âge au premier coït sert de variable explicative pour justifier les comportements considérés comme « déviants », ceux n'adhérant pas aux normes actuelles encadrant la sexualité : hétérosexualité, monogamie, protection, contraception.

¹⁹ Hugues Lagrange (1998) a montré que le premier flirt revêt une importance majeure dans l'entrée dans la sexualité des jeunes, que l'on manquerait en s'attachant seulement au premier rapport. Olivier Galland (2001) et Hugues Lagrange (1998) ont tous deux souligné l'« enchaînement » des événements, du premier baiser aux premiers rapports sexuels, à partir de la moitié du XX^e siècle (embrasser, échanger des caresses, avoir des contacts avec les organes génitaux).

parcours propre à chaque individu, sans cesse retravaillé par lui. L'intérêt sera de comparer les biographies personnelles et de repérer des logiques communes aux individus. La biographie « affective » (sentimentale ou amoureuse) concerne l'ensemble des histoires sentimentales vécues par les enquêtées (concrétisées ou non), puisque toutes les expériences des jeunes femmes ne sont pas traduites en termes d'« amour » dans les entretiens. La « biographie sexuelle » comprend l'ensemble des rapports et relations sexuels, et ne se restreint donc pas au coït hétérosexuel²⁰. Elle contient l'ensemble des échanges sexuels qu'ils soient choisis ou non ; on y trouvera alors la nuance entre les rapports ou relations sexuels souhaités, forcés, négociés, influencés. À cette biographie sexuelle est liée la biographie contraceptive, considérée comme l'ensemble des pratiques utilisées par les jeunes femmes pour gérer leur fécondité, pour éviter d'être enceintes (méthodes traditionnelles (naturelles) et modernes (médicales), et contraception d'urgence). Il s'agira de voir comment ces méthodes sont connues, choisies, utilisées, négociées, imposées ou absentes.

En proposant une lecture plutôt relationnelle des usages de la contraception d'urgence, l'intérêt sera de donner un statut fort à la relation dans l'explication des pratiques des individus, des comportements, étant donné que d'une part les comportements d'une même personne varient selon les relations dans lesquelles elle est impliquée, et d'autre part, au cours d'une même relation, les comportements se modifient (Reiss, 1986). Dans l'approche relationnelle « c'est la dynamique même de la relation qui permet de rendre compte de ces changements de comportement, non les caractéristiques respectives de chacun des partenaires » souligne Luc Van Campenhoudt (2004, p. 196). Dans le cadre de notre étude, il s'agira de prendre en compte les trajectoires personnelles des jeunes femmes (nous parlerons alors de leurs biographies) mais également l'interaction entre les partenaires, en tenant compte du contexte de la relation. Ceci nous a donc amené à opérer une distinction entre les *rappports* et les *relations* sexuels, puisque dans ce travail il s'agira moins d'analyser les *rappports* sexuels que les *relations* sexuelles et de comprendre avec qui elles se déroulent.

« Rapport sexuel » et « relation sexuelle » se distinguent dans le discours des enquêtées par le fait que le rapport est restreint au coït tandis que la relation regroupe plusieurs pratiques. Nous conserverons cette distinction dans notre analyse, dans le souci de ne

²⁰ Dans la biographie sexuelle seront prises en compte les relations homosexuelles entre jeunes femmes.

pas surinterpréter les discours des jeunes femmes. Ainsi, nous entendrons par « *rapport sexuel* » (au sens strict) le coït avec pénétration vaginale²¹, c'est-à-dire « *être passé à l'acte* », « *l'avoir fait* », « *avoir été au bout* », expressions qui s'entendent dans les entretiens pour dire le rapport sexuel (rien n'indique donc que le rapport sexuel ait été désiré ni qu'il ait donné lieu à un orgasme ou à du plaisir). Il semblerait que le terme *rapport* soit une manière de ne pas nommer une pratique sexuelle, de rester flou quant au déroulement de celle-ci, mais qui permet de faire comprendre qu'il y a eu pénétration. L'expression *relation sexuelle* est à comprendre dans un sens plus large et comprend les baisers (avec ou sans la langue), les caresses et câlins, par-dessus ou sous les vêtements, nu ou habillé, au-dessus ou en dessous de la ceinture (y compris les contacts avec les parties génitales). Aussi, le *rapport sexuel* est compris dans la *relation sexuelle*, tandis qu'une *relation sexuelle* ne comprend pas forcément un *rapport sexuel*, premier rapport et première relation peuvent avoir lieu à des moments distincts de la biographie des acteurs. Dans cette perspective, il s'avère utile de donner une grande place à celui avec qui est vécu le rapport ou la relation, autrement dit à accorder une place de choix au partenaire, dans le souci de mieux comprendre les tensions entre partenaires dans la gestion de la contraception²².

Dans l'analyse des discours des jeunes femmes, nous conserverons les expressions fournies par celles-ci pour parler des jeunes hommes avec qui elles entretiennent (ou ont entretenu) des relations sexuelles. Aussi, dans le cadre de relations « amoureuses » ou à vocation longues, elles utilisent les expressions telles que « *petit copain, petit ami, copain, mec, chéri, doudou* », souvent précédées du pronom personnel « *mon* », signe d'appropriation. Dans le cadre de relations courtes ou peu investies, les termes « *gars, mecs, celui-là* » sont utilisés mais sans le « *mon* » et plus souvent avec « *ce* », ces expressions ayant surtout comme fonction de différencier les jeunes hommes avec qui elles entretiennent des relations sexuelles et ceux qui sont leurs amis. Nous chercherons à savoir quelles parties de ces biographies représentant « leur monde » les jeunes femmes acceptent de partager et avec qui. Mais aussi de voir à quelles conditions elles

²¹ Et même si nous sommes d'accord avec le fait que « c'est dans l'hétérosexualité que la pénétration est posée comme LE signifiant du rapport sexuel » (Lagrange, Lhomond et al., 1997, p. 24), dans cette étude plus restrictive, du fait de son objet, par « rapport sexuel » il s'agira de rapport hétérosexuel avec pénétration vaginale. Les quatre jeunes femmes ayant eu des relations homosexuelles n'ont pas insisté sur les pratiques sexuelles mais davantage sur la relation affective qui s'était établie, nous n'avons pas de détails concernant leurs pratiques sexuelles.

²² Dans les analyses globales, nous utiliserons plus souvent le terme de « partenaire » dans un sens générique, qui ne précise pas l'intensité sentimentale du lien entre les individus.

ouvrent les portes de leur « *jardin secret* », puisque « trop dire » conduirait à menacer l'existence même du jardin secret, et « trop taire » conduirait à menacer les relations qu'elles entretiennent avec les autres (amis, parents, fratrie, etc.), sachant qu'elles sont toutes encore dans une situation de dépendance (au moins financière) de leurs parents (ce qui impliquera de repérer leurs droits et leurs devoirs).

Si le premier baiser illustre comment le « *jardin privé* » doit nécessairement ouvrir ses portes pour être validé par les proches, les premiers rapports sexuels devraient permettre de saisir les conditions d'ouverture et de fermeture des portes dans un domaine réputé davantage privé, intime.

Chercher à comprendre les logiques individuelles conduisant à utiliser ou non la contraception d'urgence lors d'un rapport non ou considéré comme insuffisamment protégé dans les premiers temps de la biographie contraceptive et sexuelle est l'ambition de ce travail. La contraception d'urgence offre aux femmes les moyens d'accéder à certains domaines de leur vie privée, confiés jusqu'alors à leur famille et aux soignants²³. En tant que méthode sans ordonnance et sans autorisation parentale, la contraception d'urgence permettra de mettre en évidence la quête d'autonomie des jeunes vis-à-vis de leurs parents mais aussi du corps médical. À partir des discours des jeunes femmes, il s'agira de saisir les enjeux parfois contradictoires liés à l'utilisation d'une protection/contraception. Aussi, nous nous demanderons si la socialisation à la sexualité, en tant qu'élément de la socialisation secondaire, implique le recours à certaines méthodes contraceptives et à la contraception d'urgence. Pour cela, on se demandera à quelles occasions les jeunes femmes ont recours à la contraception d'urgence, et de quelle manière cela s'inscrit dans leur biographie contraceptive et sexuelle. Comment les jeunes femmes choisissent leur contraception et avec qui ? Puisque nous pourrions voir comment derrière une décision *a priori* personnelle se jouent des éléments collectifs, par le rôle et l'influence du groupe de pairs, du partenaire dans les processus décisionnels mais également par l'importance de la dimension relationnelle d'une histoire amoureuse ; parce que la contraception d'urgence est utilisée occasionnellement voire *très* rarement, l'étude des recours à cette méthode post-coïtale par les jeunes femmes pourra aider à comprendre ce qui, pour elles, justifient cette (ces)

²³ On préférera parler de « *soignants* » plutôt que de « *médecins* » dans ce travail dans la mesure où « *soignants* » est une conception plus large des experts en santé (cela permet de comprendre, entre autres, les infirmières scolaires).

utilisation(s)²⁴. Ainsi, on cherchera à saisir les discours et les pratiques des jeunes femmes utilisatrices de la contraception d'urgence et à comprendre comment, pour certaines, cet événement est vécu comme une « *épreuve* » tandis que pour d'autres il s'agit davantage d'une « *expérience* ».

La contraception d'urgence, entre risque et précaution

Si utiliser la contraception d'urgence peut être considéré comme une « anomalie » dans la biographie contraceptive, c'est parce que cela suppose non pas d'avoir eu des rapports sexuels illégitimes mais de s'être exposé à un risque de grossesse malgré les moyens contraceptifs qu'une femme peut trouver à sa disposition ; dans un contexte où l'interruption volontaire de grossesse est une conséquence possible d'un échec ou d'une absence de contraception, à laquelle la contraception d'urgence n'aurait su répondre. Le recours à la contraception d'urgence nécessite d'avoir eu un rapport sexuel sans contraception ou dont la contraception n'a pas été jugée efficace (par les jeunes femmes, parfois pour leur partenaire, à partir des connaissances et du vécu de chacun). Cet usage se traduit dans le discours de certaines jeunes femmes, de professionnels, ou d'experts en santé publique, exclusivement comme une prise de risques (de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible). La prise de risque est une construction sociale qui résulte de l'interaction de plusieurs logiques, en particulier des logiques d'appartenances sociales, relationnelles et de médicalisation de la sexualité (Bajos, Ludwig, 1995). Les approches comportementalistes traditionnelles sur les prises de risque partent du postulat que l'individu est rationnel et ne retiennent que la définition médicale du risque qui s'attache à comprendre pourquoi les individus s'écartent d'une rationalité individuelle et sanitaire supposée première (Augé, Herzlich, 1984). Cette orientation semble réductrice et peu satisfaisante dans la perspective d'une analyse

²⁴ En effet, il n'y a pas « *une* » mais « *des* » utilisations de la contraception d'urgence, pas « *une* » mais « *des* » manières de gérer ses relations et ses rapports sexuels. L'expression couramment usitée au singulier « l'utilisation de la contraception d'urgence » (ou « le recours à... ») tend à homogénéiser des pratiques pourtant distinctes. Charlotte Le Van l'avait souligné à propos des grossesses adolescentes : « il n'y a pas « *une* » mais « *des* » grossesses adolescentes. Bien que fréquemment employé au pluriel, le vocable « grossesse adolescente » homogénéise une grande diversité d'histoires, de personnalités, de conditions de vie... De fait, ces grossesses relèvent indubitablement de la conjonction de plusieurs facteurs ; elles peuvent être consciemment désirées et il serait désuet de les considérer seulement comme relevant d'un « accident » ou d'un manque d'information sur les méthodes contraceptives. » (Le Van, 2002, p. 404). Il en va de même pour les utilisations de la contraception d'urgence, derrière un singulier unitaire, une multitude d'histoires expliquent le recours à cette méthode et il serait maladroit de considérer les utilisatrices seulement comme des jeunes femmes dépourvues de connaissances en matière de contraception ou exclusivement comme victimes d'accidents de préservatifs.

compréhensive de la contraception d'urgence. « Le discours contemporain sur la jeunesse affirme que celle-ci est en souffrance : les adolescents n'ont plus de sens moral, s'abandonnent à des conduites « destructrices et autodestructrices » et cumulent des conduites à risque comme la consommation de drogues licites ou illicites, ou se protègent peu lors de leurs rapports sexuels » (Loriol, 2004, p. 110). Diagnostic qui traduit « les fantasmes récurrents d'une société adulte qui s'inquiète pour son avenir et tente de raffermir son contrôle de la jeunesse, toujours supposée en perte. Aujourd'hui population à risque, les jeunes constituaient déjà dans la France d'après-guerre un problème social, voire une classe dangereuse » rappelle Patrick Peretti-Watel (2002). Ces discours se révèlent contre-productifs comme l'explique Charlotte Le Van : « tenir des discours alarmistes sur la grossesse précoce et l'assimiler à un drame n'est pas sans conséquences. On peut même se demander si l'intérêt probablement démesuré qu'on lui porte ne favorise pas le passage à l'acte d'adolescentes désirant solliciter l'attention de leurs proches. L'IVG en particulier est vécue aujourd'hui en dominante sur le mode de la tragédie par les adultes » (Le Van, 2002, p. 405). Les limites de ces propos sont perceptibles à travers la contraception d'urgence compte tenu du temps dont disposent les femmes pour utiliser cette méthode de secours (72 heures), son utilisation illustre une maîtrise de soi qui irait avec une reconnaissance d'une exposition à une grossesse inopinée, signe d'une certaine « maturité ». De ce fait, l'utilisation de la contraception d'urgence serait à rapprocher d'une prise de précaution. Les recours à la contraception d'urgence permettent de saisir en quoi cette méthode d'urgence est une prise de précaution liée à une prise de risque plus ou moins choisie et vécue comme telle ou non. Patrick Peretti-Watel rappelle que « les conduites à risque adolescentes restent souvent interprétées comme le symptôme d'une souffrance psychique ou comme le signe d'un manque » (2005, p. 7), analyse qui va avec l'obsession contemporaine de la normalité « qui recouvre à la fois l'appréciation portée sur les conduites d'un individu, ainsi que le projet de les corriger si elles sont jugées non conformes » (2005, p. 8). Une approche de la contraception d'urgence exclusivement portée sur le risque suppose un préalable essentiel qui fait de la contraception la seule conduite rationnelle dans le cas de rapports sexuels lorsqu'une grossesse n'est pas désirée, mais elle serait réductrice, comme l'illustre le raisonnement suivant : « Le médecin n'ayant pas à interdire les rapports sexuels hors mariage, il fournit une méthode destinée à les rendre inoffensifs. Cette méthode devient elle-même norme et l'ascèse de la contraception tend à remplacer celle de la chasteté » (Isambert, 1982, p. 377). L'étude de cette pratique

dans un contexte général qui « dans le domaine de la prévention, la construction « épidémiologique » du problème [le sida] suppose que la rationalité des acteurs sociaux pleinement informés, engagés dans des pratiques sexuelles, amène à l'adoption de conduites préventives en matière de sexualité. Cependant, les choses ne semblent pas être d'une telle simplicité, car bon nombre de recherches sur les jeunes font état d'un certain nombre de décalages entre connaissances sur la maladie et ses modes de transmission et comportements préventifs effectifs, quand on se réfère à ses propres pratiques sexuelles » (Apostolidis, 1993, p. 39). Les recherches sur le sida ont déjà souligné le manque de pertinence des analyses uniquement centrées sur les risques.

Aujourd'hui, les discours sur la contraception d'urgence évoluent et sont en rupture avec une vision uniquement péjorative de la réalité. Une partie des spécialistes normalise l'utilisation de la contraception d'urgence, même lorsqu'elle est répétée. Pour eux, la jeune femme ayant recours à la contraception d'urgence n'est pas une déviante, ni une inconsciente, mais une femme qui peut avoir choisi une nouvelle méthode pour gérer sa contraception. Les récents résultats pharmaceutiques vont en ce sens, ils ne montrent aucune contre-indication quant à une utilisation « fréquente », sans pour autant qu'elle soit régulière comme le suggère l'ANCIC²⁵ aux gynécologues.

« Elle [la contraception orale d'urgence] protège uniquement des rapports ayant eu lieu dans les 72 h auparavant. Elle ne protège pas des rapports antérieurs ou qui auront lieu ensuite. *L'utilisation répétée est possible sans inconvénient.* Toutefois dans ces cas d'utilisation répétée de la contraception d'urgence, il est important d'informer la patiente de la moindre efficacité de la méthode par rapport à une contraception classique et d'essayer de comprendre pourquoi cette femme ne suit pas une contraception plus efficace²⁶ ».

Cette idée a été plus largement diffusée par le magazine féminin *Elle* qui a mis en avant l'idée qu'« il n'existe aucune contre-indication à Norlevo®, moins nocif aux yeux de certains spécialistes que la prise d'hormones à long terme » et propose la contraception d'urgence comme méthode alternative à la contraception (et non plus strictement comme méthode de « secours »)²⁷.

²⁵ Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception, http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/contraception_urgence.html.

²⁶ Il est utile de rappeler ici que la contraception d'urgence hormonale n'est pas efficace à 100 %. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée au plus tôt après le rapport non protégé. La fraction des grossesses prévenues par progestatif seul (Norlevo) est de 95 % lorsque qu'elle est prise dans les 24 h qui suivent le rapport non protégé, et diminue (58 %) lorsqu'elle est réalisée entre 48 h et 72 h après (sources : HRA Pharma).

²⁷ Blandine Grosjean, 2006, « Celles qui s'en remettent au lendemain », *Elle*, n°3139, pp. 97-98.

Considérer la contraception d'urgence à la fois comme une prise de risque et une prise de précaution permettra de prendre en compte différentes configurations vécues par les jeunes femmes et ainsi à saisir comment la contraception d'urgence peut avoir (ou a) des effets sur la construction identitaire, sans imposer une vision normative trop restrictive au cadre d'analyse. L'approche sociologique consistera à comprendre à partir du point de vue des « profanes » leurs motivations et le discours qu'elles tiennent pour justifier leurs pratiques, en tenant compte de leur objectif personnel même s'il est influencé par le contexte normatif ou contradictoire envers celui-ci. S'il est socialement admis que la contraception est un domaine de compétence spécifiquement féminin, les méthodes quotidiennes et à long terme assignent d'une certaine manière les femmes dans leur identité sexuée et sexuelle. En cela, la contraception d'urgence est spécifique, car en tant que méthode liée à l'acte, elle permet aux femmes de ne pas « *supporter la contrainte* » d'être une femme tous les jours (la dimension de la procréation n'étant alors pas questionnée lors des rapports sexuels). On peut donc se demander si cette méthode ne serait pas l'occasion d'offrir la possibilité aux femmes de se placer sur un pied d'égalité avec les hommes hors du cadre des rapports sexuels. Aussi, la contraception d'urgence pourrait être un rappel de l'identité sexuelle. En tant que méthode discontinue et dont la temporalité est différente des autres méthodes contraceptives, le Norlevo® peut être considéré comme une contraception précaire (Cingolani, 2006). On retrouve alors les contradictions intrinsèques à la notion de précarité développée par Patrick Cingolani. Selon l'auteur, la précarité ne peut en effet prendre uniquement la forme d'une liberté, dans la mesure où le court terme ou l'imprévisibilité sont aussi des contraintes. Dans le cas de la contraception d'urgence nous pouvons constater qu'elle permet à la fois aux jeunes femmes de vivre légitimement leur jeunesse et de « *profiter un maximum* » sans s'en remettre au lendemain, mais en tant que méthode post-coïtale liée à l'acte dont la temporalité est très courte, elle est aussi une contrainte lourde, puisqu'elle implique de réagir « *vite* ».

Pour comprendre la survenue d'une grossesse non prévue, les auteurs de l'enquête GINÉ avaient (au début de leur travail) émis l'hypothèse que « tout changement de méthode contraceptive était susceptible d'induire une « fenêtré de fragilité conceptionnelle » favorisant la survenue d'une grossesse non prévue » (Bajos, Ferrand, 2002, p. 49). Cette hypothèse a été infirmée, « la survenue d'une grossesse non programmée résulte d'un processus beaucoup plus complexe qui ne peut être réduit au

seul rapport que les femmes entretiennent à une méthode contraceptive donnée » (Bajos, Ferrand *et al.*, 2002, p. 49). Dans cette continuité, on constate que les recours à la contraception d'urgence ne s'expliquent pas uniquement par les changements de contraception qui ont lieu dans les premiers temps de la biographie contraceptive, loin de là. Nous faisons l'hypothèse qu'elles sont liées au contexte relationnel dans lequel s'inscrivent les jeunes femmes au moment du recours à la contraception d'urgence, mais aussi que les utilisations dépendent de la socialisation des jeunes femmes à la sexualité (la contraception d'urgence influence en effet le rapport que les jeunes femmes peuvent avoir avec leur corps), aux conditions d'accès à l'information et aux systèmes de soins (Partie 2). Ceci nous amènera à nous demander quelle place les jeunes femmes accordent à leurs amis, à leurs parents, dans leur vie intime. Quelles tensions sur la sexualité existent entre les jeunes femmes et les différents acteurs partageant leur monde (partenaire, parents, amis, soignants), autrement dit quels sont les droits et les devoirs des jeunes en matière de sexualité ? Ainsi, nous disposerons de données précises sur le choix du partenaire, sur les conditions d'accès au système de soin, et sur les normes en matière de sexualité et de contraception, et posera la question de savoir comment les jeunes femmes choisissent d'utiliser la contraception d'urgence.

Puis, en s'intéressant aux enjeux sanitaires, on cherchera à savoir quelle est la place donnée à la contraception d'urgence dans la contraception et la protection, ce qui nécessitera une mise en lien avec les enjeux relationnels (Partie 3). On se demandera alors quel est l'impact de la relation sentimentale, amoureuse, affective, dans la gestion de la contraception. Ces éléments de réponses devraient aider à prendre en compte le rôle du partenaire dans le choix et l'utilisation des méthodes contraceptives et protectrices (discussion, négociation...) par les jeunes femmes. Ensuite, en se questionnant sur l'utilisation de la contraception d'urgence, étiquetée parfois *a posteriori* comme une prise de risque, par les jeunes femmes dans leur biographie plus générale. Nous chercherons ainsi à comprendre la différence entre ce qui est vécu comme une « *épreuve* » ou « *expérience* » pour les intéressées, et la manière d'interpréter cet événement ayant des conséquences sur la gestion ultérieure de la contraception. Comment cet événement est-il perçu et quel sens prend-il dans le cadre d'une relation particulière ? Quels sont les éléments qui déterminent son utilisation ? Quel décalage y a-t-il entre les choix personnels des jeunes femmes et la réalité vécue ? L'objectif de ce travail sera ainsi comprendre dans quelle mesure avoir une sexualité à soi suppose une modification des relations familiales, amicales, pour permettre aux

jeunes femmes d'accéder à une nouvelle dimension de leur vie et ce, de manière plus autonome. Nous chercherons à savoir si l'âge, le lieu d'habitation, le niveau et le type de diplôme ont une influence sur la manière de gérer sa contraception. Si la question de l'origine sociale et culturelle a été soulevée en début de travail, la structure de notre corpus (cf. présentation des enquêtées) n'a pas permis de prendre en compte ces deux indicateurs de façon suffisamment pertinente. Enfin, il s'agira de montrer la pertinence de ces questions comme éclairage supplémentaire aux recherches sur la construction identitaire par la question de l'événement vécu comme « *épreuve* » ou « *expérience* ».

CHAPITRE 3 – METHODE ET PRESENTATION DE L'ENQUETE¹

1. DES ENTRETIENS COMPREHENSIFS SEMI-DIRECTIFS

Le cadre du questionnaire permet de noter le fait brut mais non le travail de reconstruction dont il a fait l'objet. Si des entretiens saisissent plus aisément la dynamique des itinéraires, les questionnaires permettent, grâce à une grille standardisée de questions, l'analyse de régularités statistiques. Si la méthode d'investigation quantitative permet d'interroger un nombre très important d'individus sur leurs pratiques, leurs réponses (souvent précodées) ne permettent pas de faire entrer en jeu le vécu et la biographie de chacun, ce qui paraît important sur des terrains portant sur le corps et l'intime. Nous avons donc privilégié dans ce travail l'approche qualitative dans une perspective compréhensive², ayant comme objectif de saisir le vécu et la spécificité des histoires, des trajectoires biographiques des jeunes femmes rencontrées et interrogées. L'enquête de terrain poursuivie au Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) et dans un lycée d'enseignement professionnel (LEP) a par ailleurs permis d'approcher autrement notre objet de recherche.

L'approche qualitative a permis d'étudier le sens que les jeunes femmes donnent à leurs pratiques (en matière de contraception, de relations...) et aux événements auxquels elles sont confrontées : leur système de valeurs, leurs repères normatifs, leur lecture de leurs propres expériences (Quivy, Van Campenhoudt, 1995). « Quand on accepte de parler de

¹ Je me permettrais dans cette partie de passer du « nous » au « je » dans la mesure où mes propos ne tiennent qu'à mon expérience de terrain, précaution oratoire qu'il me semble important de souligner ici. « Tout chercheur menant une enquête prolongée (comme toute personne qui séjourne un certain temps au sein d'un groupe humain quelconque) y développe une certaine forme d'insertion affective. Cette insertion affective est induite par le processus d'enquête et a des effets importants sur ses résultats et sa qualité. Mais elle est, d'abord et surtout, liée à un ensemble de facteurs personnels et situationnels non reproductibles et peu maîtrisables. Le chercheur sur son terrain n'est pas que chercheur (espérons-le), et il transporte aussi avec lui un monde personnel qui entre en contact avec les mondes personnels de ceux auprès de qui il travaille et vit, pour un temps. Cette part-là de la présence sur le terrain n'est (heureusement) pas au sens strict professionnalisable, c'est-à-dire régulable par des normes professionnelles, bien qu'elle ait indubitablement des effets sur la production professionnelle » (Olivier de Sardan, 2000, p. 434).

² C'est à Max Weber que l'on doit la vision compréhensive de la sociologie. Pour lui et contrairement à Émile Durkheim, « expliquer une activité de ce genre ne saurait jamais signifier qu'on la fait dériver de « conditions psychiques », mais au contraire qu'on la fait découler des expectations et exclusivement des expectations qu'on a nourries subjectivement à propos du comportement des objets et qu'on était en droit de nourrir sur la base d'expériences valables » (Weber, 1965, p. 334). L'explication webérienne est fondée sur la mise en évidence de la rationalité des comportements et non leur trame psychique, rappellent Alain Blanchet et Anne Gotman (1992, pp. 24-25).

sexualité, l'activité sexuelle n'est présente que de façon implicite. En raison de la domination de la représentation amoureuse de la sexualité, seul apparaît souvent le récit de la relation ». C'est pourquoi les comportements doivent être reconstruits à partir de la parole des acteurs, qui livrent plus volontiers le signifié relationnel que le signifiant sexuel (Bozon, 1995, p. 48). « Parler de la vie affective et sexuelle, c'est rendre l'expérience intime communicable, en s'appuyant sur des représentations socialement partageables, qui permettent à leur tour à l'individu de donner sens à son expérience » (Levinson, 2003, p. 135).

L'approche sociologique de la sexualité peut difficilement se faire par observation directe des individus en situation comme l'entendait Alfred Kinsey ; si elle l'est, elle reste biaisée par un nombre illimité de facteurs influençant les comportements dans une telle situation³. Resituant son argumentation au sein de la théorie de Norbert Elias à propos de l'autorégulation de l'individu imposée par le processus de civilisation au travers de ses normes sociales (Proth, 2003, p. 37), Michel Bozon reste l'un des auteurs qui a le mieux évoqué cette difficulté d'observer l'inobservable (1995 ; 1996 ; 1999). Selon lui, les actes sexuels ne sont pas directement observables : « L'activité sexuelle humaine ne s'est jamais donnée à voir, même aux époques et dans les cultures où l'intimité n'existait (n'existe) pas » (Bozon, 1999, p. 4). Il souligne que dans la mesure où l'on ne peut pas donner à voir ni observer les actes sexuels, à moins de les transformer en spectacle, on ne peut « connaître » les pratiques physiques de la sexualité qu'à travers les déclarations et le langage. Toutefois Isabelle Clair, rappelle qu' « on peut toujours être le témoin d'une étreinte, d'un baiser, de caresses » (2005, p. 92). C'est pourquoi pour approcher ces pratiques « enfermées dans l'enclave de l'intimité, le chercheur sur la sexualité ne peut se contenter d'être un simple voyeur, à la façon de ceux qui regardent ce qui, malgré tout, se donne à voir, comme les prostitué(e)s sur les quais, ou les magazines pornographiques » (Bozon, 1995, p. 48). L'impossibilité serait due aux confusions possibles entre observation, description et restitution. « En général, ce qui pose problème lorsqu'il s'agit d'enquêtes qualitatives à propos de la sexualité relève bien de la notion de distance à un objet lié à l'intimité » (Proth, 2003, p. 36). Les travaux de Rommel Mendes-Leite (Mendes-Leite, Proth, de Busscher, 2000) ou de Daniel Welzer-Lang (2005) et les débats qu'ils ont suscités soulignent la difficulté des enquêtes menées par observation participante sur la

³ Cf. L'étude de William Masters et Virginia Johnson qui ont observé dans leur clinique des rapports sexuels.

sexualité. Aussi, pour réaliser cette recherche, nous avons opté pour un mode d'approche qualitatif qui s'appuie sur une collecte d'entretiens approfondis auprès de personnes sélectionnées à partir de leurs pratiques contraceptives. Afin de ne pas multiplier les critères, on a choisi de s'intéresser uniquement à des femmes jeunes (25 ans maximum), ayant eu recours à la contraception d'urgence au maximum deux ans avant l'entretien et vivant en France.

L'enquête s'est déroulée entre 2003 et 2005 auprès de 73 femmes jeunes, vivant en France métropolitaine, âgées de 15 à 25 ans et ayant utilisé au moins une fois la contraception d'urgence (au maximum deux ans avant l'entretien⁴). Le choix des interviewées répond à plusieurs critères : diversité des profils (âge, niveau d'étude, profession des parents, lieu d'habitation...), situations et expériences de vie (avortement, contraceptions...), changements relativement récents dans la vie sexuelle et affective (sentimentale et relationnelle). L'orientation sexuelle⁵ des enquêtées (dans le sens d'une distinction entre homosexuelles, hétérosexuelles, bisexuelles) n'a pas été un critère discriminant dans le choix des enquêtées (toutefois, les jeunes femmes n'ayant connu que des expériences homosexuelles ne figurent pas dans cette enquête). Enfin, les jeunes femmes n'ont pas été recrutées selon leur comportement sexuel ni leurs pratiques sexuelles (taille de leur réseau de partenaires (monopartenaires vs multipartenaires), même si cette information a été prise en compte dans les entretiens).

Précisions sur l'âge des enquêtées

« Loin d'être une variable purement biologique, l'âge est une variable sociologique en ce sens que chaque catégorie d'âge est l'objet d'attentes sociales spécifiques en matière de comportement, attentes qui varient d'une société à l'autre et d'une époque à l'autre. Ainsi, pour chaque catégorie d'âge, la société définit-elle les comportements légitimes et illégitimes » (Peto *et al.*, 1992, p. 63). En France, les moins de 18 ans sont considérés comme mineurs et sont par conséquent exclus du droit qui s'applique aux plus de 18 ans ; ils sont considérés comme davantage vulnérables, même s'il y a une nuance entre mineur et majeur fixée à 15 ans. Les législateurs ont établi un âge légal du

⁴ Sur les 73 entretiens, seuls 64 seront présentés ici, les 9 autres n'étant pas suffisamment complets pour figurer dans ce travail. Ils ont permis d'améliorer le guide d'entretien et c'est à ce titre qu'ils figurent dans le nombre total d'entretiens effectués.

⁵ La notion d'« orientation sexuelle » est contestée par les sociologues (notamment par Michel Bozon, 2001b) du fait de son caractère normatif. Elle est utilisée ici simplement pour souligner que seules les jeunes femmes ayant eu (au moins) un rapport sexuel avec un homme (plus ou moins jeune) peuvent faire partie de cette enquête. Si certaines ont eu des relations avec d'autres jeunes femmes, ce n'est pas pour autant qu'elles se disent *bisexuelles*.

consentement sexuel fixé à 15 ans : âge à partir duquel un ou une mineur(e) est reconnu(e) par la loi comme « capable » de consentir à avoir un rapport sexuel (avoir un « consentement éclairé »), alors qu'avant 15 ans, toute pratique sexuelle avec un personne mineure est considérée par la loi comme une atteinte ou une agression sexuelle⁶. En matière de contraception, la loi autorise tous les mineurs à consulter gratuitement un centre de planification et d'éducation familiale pour obtenir une prescription sans autorisation médicale.

L'âge a été l'une des conditions majeures du recrutement des enquêtées, seules les jeunes de moins de 25 ans ont été interviewées, dans le souci d'avoir un récit sur l'entrée dans la sexualité et de manière à avoir des biographies contraceptives variées mais comparables. La mise en place de la contraception et les difficultés que les femmes peuvent rencontrer lorsqu'elles sont mineures (autorisation et contrôle parentaux, gratuité...) pouvaient de cette manière être étudiées plus précisément. L'objectif était de travailler sur la construction identitaire et sur la quête de nouveaux domaines de la vie à gérer soi-même. Aussi le discours de femmes jeunes permettait de saisir ces enjeux et les difficultés en évitant que les événements soient trop reconstruits au vu des événements postérieurs. De ce fait, l'ensemble des enquêtées a pour point commun d'être au début, ou dans les débuts, de sa vie sexuelle active (celle qui a la plus « longue » biographie sexuelle est Anne-Laure, qui a eu sa première relation sexuelle à 10 ans et son premier « rapport sexuel » à 11 ans). Aucune limite d'âge inférieure n'a été mise au départ, mais il s'est révélé que nous n'avons pas réussi à interroger des jeunes de moins de 15 ans. Par ailleurs, il paraissait important que les jeunes femmes fassent partie de ce qu'elles sont plusieurs à appeler la « *génération sida* ». Elles ont été les cibles des campagnes de prévention sida de ces dix dernières années, ce qui permet une comparaison plus aisée entre les entretiens.

Une majorité des entretiens s'est déroulée avec des jeunes majeures. Contrairement à nos attentes de départ, il s'est avéré beaucoup plus difficile que prévu d'interroger des jeunes femmes sur leurs pratiques contraceptives lorsque celles-ci débutaient. L'âge moyen au premier rapport (17 ans) peut expliquer en partie notre difficulté d'accès au

⁶ La législation française a évolué : en 1832 paraît pour la première fois la notion de « majorité sexuelle ». Elle est alors fixée à 11 ans pour les relations hétérosexuelles. Ce seuil passe à 13 ans en 1863 puis à 15 ans le 2 juillet 1945. En matière de relations homosexuelles la majorité était arrêtée à 21 ans en 1963, abaissée à 18 ans en 1975 (en même temps que la pleine majorité civile fixée à 18 ans). Elle fut finalement ramenée à 15 ans par la loi du 4 août 1982 pour les filles et les garçons (loi qui a supprimé la pénalisation de l'homosexualité).

terrain des plus jeunes. Parmi les plus jeunes, certaines ont considéré avoir une expérience trop courte, ou trop récente pour se sentir concernées par l'enquête et s'en sont auto exclues (cf. terrain au lycée professionnel).

Ont été conservés pour l'analyse uniquement les entretiens réalisés avec les jeunes ayant eu recours à la contraception d'urgence dans les deux ans précédant l'entretien. Ceci était une manière de se protéger des reconstructions trop aléatoires de la réalité par les enquêtées. En effet, au cours de l'enquête exploratoire, j'ai constaté que les jeunes femmes ayant utilisé pour la dernière fois la contraception d'urgence plus de deux ans avant l'entretien ne se souvenaient que très partiellement des conditions de délivrance, des 24, 48 ou 72 heures encadrant le rapport sexuel, des négociations effectuées, etc. Cette précaution a semblé indispensable dans la mesure où l'objectif est ici d'analyser les récits des pratiques. Le choix du nombre d'années maximum a été influencé par les changements législatifs, cela permettait que les enquêtées aient toutes pris la contraception d'urgence dans le cadre du nouveau dispositif législatif (même si certaines l'avaient également utilisée avant). De plus, le pari de la sincérité des réponses s'appuyait sur la dimension biographique : il est en effet difficile de s'inventer une vie et de rester cohérente pendant deux heures d'entretien.

2. L'ENQUETE ET SES TERRAINS

Deux lieux d'observations : le L.E.P. et le M.F.P.F.

Dès lors, deux lieux propices à la délivrance de la contraception d'urgence et aux discussions sur la sexualité et la contraception ont été retenus pour réaliser des sessions d'observation⁷. Ces lieux avaient comme point commun d'être des lieux d'échange d'informations et de prévention pour les jeunes : une infirmerie et le bureau des surveillants d'un lycée professionnel (LEP), internat et externat, en Vendée dans un premier temps. Puis, dans un second temps, des observations ont été menées dans les locaux du Mouvement Français pour le Planning Familial de Paris (MFPF), lors de consultations en groupe pour mineures les mercredis après-midi et de consultations

⁷ Les étudiants de Dominique Memmi ont effectué des « observations » dans les pharmacies en 2001 (Memmi, 2002, pp. 188-197). Le bilan d'enquête met en évidence que « ce sont bien rarement les garçons qui viennent acheter la pilule du lendemain » (p. 190). Ce qui amène l'auteure à souligner que « le sociologue se retrouve confronté en France, une fois de plus quand il aborde les problèmes de reproduction, à la même réalité : sans que rien ne l'officialise, la régulation des conduites reproductives passe de fait par un dialogue entre femmes. » Ensuite, concernant la demande de pilule du lendemain, on constate dans les travaux que l'embarras est autant, sinon plus, du côté de l'officine que des jeunes.

individuelles, et lors de plusieurs heures passées dans les salles d'attente. La durée des observations est la suivante : trois semaines de terrain au LEP cinq jours par semaines de 8h à 19h ; et au MFPPF : quatre consultations collectives (mercredi 13h30-16h) et six consultations individuelles (dont quatre pré-IVG) les mercredis ou vendredis (16h-18h) dans deux centres parisiens.

L'accès au LEP a été facilité par la connaissance d'une enseignante qui m'a permis d'entrer en contact avec la proviseur à qui j'ai présenté ma recherche sous la forme d'une enquête sur « les relations amoureuses au lycée », de manière à ne pas placer la sexualité et la contraception au premier plan afin d'éviter un refus. L'enquête a été facilement acceptée par la direction de l'établissement (l'introduction par une enseignante a facilité les choses⁸). À l'issue de ce rendez-vous, j'ai été autorisée à fréquenter le lycée aux horaires d'ouverture des externes et à prendre contact avec l'ensemble des personnes fréquentant l'établissement (élèves, enseignants, professionnels intervenants, surveillants, infirmière scolaire, etc.). Au LEP, le temps de présence a été réparti entre l'infirmerie et le bureau des surveillants (avec une sur représentation du second lieu). Selon les observations des surveillants et de certains enseignants, ce sont les deux lieux dans lesquels se rendent les jeunes lorsqu'ils cherchent des informations, ce qui a été corroboré lors des observations. Leur motivation et l'objet de leur demande étaient fonctions de l'adulte qu'ils avaient face à eux. Pour rencontrer les lycéens, un petit questionnaire a été distribué de manière à faire connaître les raisons de la présence d'une « intruse » et pour diffuser l'objet de l'étude. Les entretiens ont été réalisés au cours de la troisième semaine de présence, après avoir observé le fonctionnement du lycée et les relations entre lycéens et adultes. De grandes différences sont perceptibles dans les relations que les lycéens entretiennent avec l'infirmière scolaire et celles qu'ils entretiennent avec certain(e)s surveillant(e)s (« pions »). En effet, dans ce lycée, les lycéens se méfient de l'infirmière qui a perdu leur confiance. Ce qu'explique Justine :

« C'est qu'une fois elle a appelé les parents d'une fille pour leur dire ce qu'elle lui avait dit... ça se fait pas... bah ouais... et du coup les parents bah ils sont venus au bahut et puis ça s'est super mal passé pour elle. » (Justine, 15 ans, 3^{ème} BEP)

Une autre fois, l'infirmière aurait appelé des parents pour leur signaler que leur enfant fumait. Ces exemples, populaires au lycée, permettent de comprendre pourquoi

⁸ Les élèves n'ont jamais été informés du lien que j'avais avec l'enseignante, de manière à ce qu'ils aient davantage confiance dans la confidentialité et l'anonymat lors des entretiens.

l'infirmière n'est pas considérée comme une personne « *fiable* » par les jeunes, car capable de trahison en appelant les parents. L'infirmière n'a pas respecté le principe du secret médical auquel elle est légalement soumise (sauf en cas de danger immédiat), et qui est connu par de nombreux lycéens.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Art. L. 1110-4. – « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé »

(Journal officiel, 5 Mars 2002)

Ainsi, l'infirmier est devenu un lieu pour obtenir du paracétamol en cas de maux de tête, et surtout pas un lieu dans lequel il faut aller en cas de besoins personnels⁹. Les surveillants, bien que non formés à ce type de demandes, doivent composer avec un nouveau rôle qui leur a été conféré : celui d'accueil et d'écoute. Une pièce juxtaposant leur bureau a été aménagée pour permettre aux lycéens d'avoir des moments seuls avec l'un ou l'autre de leurs surveillants (pièce où j'ai parfois été autorisée à rester pour observer l'interaction). Une petite dizaine d'entretiens a également été faite au LEP (mais quatre seulement ont été retenus pour ce travail) avec des femmes jeunes ayant pris la contraception d'urgence, mais plusieurs discussions informelles ont permis de comprendre davantage les spécificités de la vie amoureuse en internat, et de la gestion de la contraception dans des villages ou des petites villes de province.

Avec le MFPP, le premier contact a été établi par mail, dans lequel je demandais s'il était possible de faire de l'observation lors des consultations et dans la salle d'attente. Si dans un premier temps cela a été possible, au bout d'un mois cela est devenu difficile à organiser en raison d'un grand nombre de stagiaires déjà présents (infirmiers, journalistes...). J'ai donc pu assister à quatre consultations collectives et six consultations individuelles et j'ai observé lors de ma présence dans les locaux à divers

⁹ Lors du terrain, un cas d'abus sexuel entre garçons internes a été rapporté aux surveillants par certains lycéens. À chaque fois que le mot « infirmière » a été prononcé, ils redoutaient tous que leur discours soit pris à la légère. Chemin faisant, les écarts de l'infirmière à l'égard de certains lycéens ont eu pour conséquence qu'aucun d'eux ne voyait en elle une source d'informations ou de conseils fiable.

moments la salle d'attente. Au MFPPF, les « consultations de groupe » consistent en un moment d'une durée variable (entre 15 et 40 minutes) où les jeunes femmes se retrouvent avant leur rendez-vous avec le médecin. Les mineures ou jeunes majeures sont invitées à discuter avec une ou deux animatrices du MFPPF de sujets dont elles ont envie, ou de ceux choisis par les animatrices. Ces pré-consultations de groupe permettent surtout aux jeunes de poser des questions, de recevoir des plaquettes de prévention ou de demander (lorsqu'elles osent) des préservatifs (ils n'étaient pas en libre-service pour des raisons de faible stock). Les discussions collectives commencent en moyenne un quart d'heure avant la première consultation ; lors du premier tour de table les jeunes présentes doivent expliquer (plus ou moins vaguement) les raisons qui les poussent à venir voir le médecin (renouvellement de pilule, changement de contraception...) pour lancer la discussion et aider à la prise de parole. Selon l'animatrice, les discussions sont plus ou moins vives et les réponses aux questions plus ou moins détaillées ; néanmoins il semblerait que ces types de *focus group* servent, surtout à questionner les bruits de couloir et leurs représentations. Ainsi une jeune peu bavarde qui venait pour la première fois a demandé si le stérilet sonnait dans les portillons électroniques des aéroports, une autre a raconté ce qu'elle avait entendu dire sur la pilule du lendemain.

« Alors au lycée on m'a dit que si je la prenais trop, bah après je serai stérile, et puis de toute façon faut pas la prendre sinon on grossit et puis on a euh (rires) il paraît que ça fait euh... (rires) pousser les poils non ? » (Jeune femme, env. 17 ans)

Les réunions observées ne dépassaient pas dix jeunes femmes. Lorsque deux jeunes hommes sont venus accompagner leurs copines, ils ont été obligés de patienter dans la salle d'attente à la demande des animatrices du planning (à ma connaissance, ils n'ont pas été pris en charge). Les *focus groups* aussi bénéfiques soient-ils pour mettre en commun les connaissances peuvent également servir de scènes de rivalités entre jeunes : montrer et surtout dire ce que l'on sait, rire de ce que dit l'autre, se charrier... comme le montrent certains extraits de *focus groups* cités par Abbey Hyde (Hyde et al., 2005, p. 2592). Au MFPPF, les observations ont permis de mettre des images sur les récits faits dans les entretiens des Parisiennes, de rencontrer des animatrices et de voir l'accueil et la confidentialité des lieux. L'objectif était dans un premier temps de pouvoir faire des entretiens avec les jeunes femmes rencontrées, ce qui n'a pu finalement se faire, et d'entendre le discours des animatrices et médecins sur la sexualité, la contraception, les relations garçons-filles. L'observation a permis de mieux saisir les descriptions faites

par les jeunes femmes et a donné l'opportunité de pouvoir mieux relancer dans les entretiens suivants.

Présentation des jeunes femmes enquêtées

J'ai réellement rencontré la très grande majorité des jeunes femmes (46 sur 64), les entretiens se déroulant à cette occasion. La règle d'or fixée au début du recrutement était de ne jamais interroger des jeunes connues, ou potentiellement connaissables¹⁰. Ont été systématiquement exclues les jeunes femmes faisant partie de mon premier ou second réseau de connaissances, afin de ne pas biaiser l'entretien. « La connaissance mutuelle, la proximité sociale et notamment professionnelle des interlocuteurs ne facilitent pas toujours la communication sur la sexualité. Inversement, l'éloignement ou la distance sociale ne sont pas forcément un obstacle à la communication » remarquait déjà Alain Giami (1993). En effet, dans l'enquête exploratoire (2002-2003), était souligné que poser des questions sur l'intimité à des proches, dans le cadre d'une enquête sociologique, engendrait une double gêne : une gêne de l'enquêtrice (n'osant pas toujours poser explicitement les questions relevant des pratiques sexuelles par exemple ou omettant de demander des détails), et une gêne de l'enquêtée (qui s'exposant à un jugement sur ses pratiques, peut décider d'en modifier le récit). Ceci a donné lieu à la mise en place de plusieurs méthodes de recrutement simultanées afin de diversifier le corpus et d'arriver à un nombre satisfaisant d'enquêtées.

Dans un premier temps, les méthodes dites de « bouche à oreille » puis de « boule-de-neige » (consistant à demander à une enquêtée les coordonnées de ses amies s'étant trouvées dans le même cas) se sont révélées très efficaces. Six jeunes femmes sont devenues des « informatrices privilégiées », m'aidant activement à trouver des enquêtées. Dans un second temps, il est devenu important de diversifier les profils des jeunes femmes pour éviter de ne faire une analyse que sur un seul réseau de connaissances. En cherchant des jeunes femmes vivant hors d'une agglomération et mineures, l'objectif était de saisir s'il y avait des différences avec celles, majeures, vivant en agglomération du point de vue des connaissances et de la fréquentation des structures de soins et des pratiques contraceptives.

Dans ce même temps, deux types d'annonces ont été réalisées, les premières ont été déposées sur Internet sur les forums de santé, rubriques « sexualité », « contraception »,

¹⁰ De plus, pour donner l'assurance du caractère confidentiel et anonyme de l'entretien, les jeunes femmes savaient qu'aucun contact suivi n'était souhaité, contrairement aux relations d'aide par exemple.

« IST », « IVG », « ados » etc.¹¹ et dans un fanzine strasbourgeois. Elles étaient formulées sur le modèle suivant¹² :

Bonjour !
Je fais une thèse de sociologie sur Paris sur la CONTRACEPTION, je cherche des témoignages de JF de moins de 25 ans ayant pris la pilule du lendemain ou avorté¹³ et qui accepteraient de participer à un entretien ANONYME. Si vous voulez participer ou avoir + d'infos envoyez moi un mail ! Merci à toutes !
(adresse mail)

Ces annonces ont permis de réaliser plus d'une dizaine d'entretiens dont seulement 8 ont été conservés pour l'analyse (4 entretiens ont été réalisés par Internet¹⁴ et 4 ont été réalisés par téléphone – durée moyenne 2h20 –¹⁵). Les secondes annonces ont été proposées dans le même temps à des professionnels de santé, membres de centres de Planification Maternelle et Infantile, qui ont accepté de les donner à leurs patientes¹⁶. Cette annonce a été formulée sur le modèle de l'annonce publiée par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand dans « 20 ans » et « Girls » (magazines féminins), dans le cadre de l'enquête sur les grossesses non prévues (2002)¹⁷.

¹¹ www.doctissimo.com, www.tasanté.com et www.skyrock.com.

¹² L'avantage de mettre l'accent sur le caractère scolaire de l'enquête est indéniable. Nombreuses ont été les enquêtées à souligner le fait qu'elles étaient contentes de m'aider à faire mon enquête, les lycéennes appuyant davantage encore sur le fait que cela pouvait me servir à avoir une « bonne note », et à obtenir un diplôme. Il s'agissait pour une partie de faire une « bonne action » en répondant à l'entretien. Le statut d'étudiant « permet d'apparaître ouvert (large d'esprit), modeste (disponible pour apprendre), et innocent (exempt de mauvaises intentions). Cette perception peut susciter chez autrui des réactions favorables à un travail de recherche. » (Bizeul, 1998, p. 763), mettant l'accent sur l'importance de la démarche pour le travail de prévention. Ce qui contribue à conférer aux récits des personnes une forte utilité sociale, comme le souligne François Delor (1997).

¹³ Dans un premier temps, j'ai choisi de pouvoir être contactée par un maximum de jeunes femmes ayant eu un « échec contraceptif », par conséquent celles ayant pris la contraception d'urgence et/ou avorté étaient invitées à me contacter. Il s'est révélé que les jeunes femmes ayant avorté avaient pour la plupart pris la contraception d'urgence.

¹⁴ Les entretiens ont été menés par un échange successif de mails permettant à la jeune femme de choisir le temps et le moment pour répondre à la question posée (cf. Amrani, Beaud, 2004). Ce qu'une jeune femme a appelé le « mailterview » est composé d'un échange d'environ 20 à 30 mails plus ou moins long (de 1 à 5 pages par mail). À partir de chaque mail de réponses, des précisions étaient demandées sur les expériences rapportées par la jeune femme et une « nouvelle » question pouvait être posée. Les tentatives faites via MSN se sont révélées infructueuses, les entretiens n'arrivant jamais à terme.

¹⁵ Les récits d'Alexandra (22 ans), Anissa (20 ans), Caroline (23 ans) et Karine (19 ans) ont été récoltés par mail ; les récits de Bénédicte (18 ans), Caroline (23 ans), Claire (20 ans) et Julie (17 ans) ont été récoltés par téléphone.

¹⁶ Il s'agit de PMI situées en banlieue parisienne (Seine-Saint-Denis et Val d'Oise).

¹⁷ L'annonce était formulée en ces termes : « Enquête de l'INSERM. L'institut National de la Santé et de la Recherche Médicale effectue une grande enquête nationale qui porte sur les grossesses non prévues qui ont eu lieu dans les 5 dernières années et ayant abouti à une naissance ou à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Afin de mieux connaître les besoins et les difficultés des jeunes, nous recherchons des adolescentes qui étaient mineures au moment de leur grossesse non prévue et qui accepteraient de participer à un entretien strictement anonyme. Si vous voulez bien participer à cette enquête, ou si vous souhaitez obtenir plus de renseignements, merci de contacter Mme Bajos. » (Bajos, Ferrand, 2002, p. 28).

ENQUETE

Pour une thèse de sociologie sur l'adolescence, réalisée à Paris 5 – Sorbonne (CERLIS / CNRS), nous effectuons une grande enquête qui porte sur les relations sexuelles à l'adolescence. Afin de mieux connaître les besoins et les difficultés des jeunes, nous recherchons des **jeunes filles de moins de 25 ans** ayant utilisé la pilule du lendemain (contraception d'urgence) ou ayant eu des rapports sexuels non ou mal protégés qui accepteraient de participer à un entretien strictement anonyme.

Si vous voulez bien participer à cette enquête ou si vous souhaitez obtenir plus de renseignements, merci de me contacter par mail, sms ou téléphone.

Parmi les jeunes contactées par les annonces trouvées chez leurs médecins, celles qui ont accepté dans un premier temps par téléphone d'être interrogées, se sont pour la plupart désistées le jour convenu¹⁸.

Une tentative de prise de contact a été menée auprès de pharmaciens. Il leur était demandé de laisser une petite trentaine d'« annonces » à disposition sur leur comptoir. En raison de l'hostilité d'un grand nombre de praticiens, cette piste de recrutement a été abandonnée, les refus s'exprimant par les réponses suivantes : « *Je n'ai pas ce genre de filles chez moi.* » (Pharmacies Paris 12^{ème} et 20^{ème}, Ivry), ou « *Je n'ai pas le droit de faire de publicité.* » (Pharmacies Paris 1^{er} et 13^{ème}). Pour les quelques pharmacies où l'annonce a été acceptée (Paris 1^{er}, 14^{ème}, 20^{ème}, Bagnole, Montreuil), les pharmaciens m'ont dit qu'ils proposeraient l'enquête à leurs clientes qui viendraient chercher la contraception d'urgence. Je n'ai pas pu tester les engagements des pharmaciens (par manque de temps), mais aucun contact n'a été établi par ce biais. La visibilité qu'implique l'acceptation d'une annonce disponible en pharmacie pourrait être une des raisons de l'échec de cette méthode de rencontre (et à l'inverse, les annonces mises sur Internet ou dans le fanzine n'imposant aucune forme de visibilité ni de contrôle peuvent expliquer sa réussite, personne ne sait qui répond, qui a répondu).

Les jeunes femmes interrogées avaient entre 15 et 25 ans au moment de l'entretien (la plupart étaient majeures), la grande majorité résidait à Paris. Néanmoins, 14 jeunes sont

¹⁸ Passer par l'intermédiaire d'un membre du corps médical a été un obstacle : des médecins de PMI ont proposé à leurs patientes, en demande de contraception d'urgence, si elles accepteraient de répondre à un entretien, ou au moins de donner leurs coordonnées dans cet objectif. Si dans un premier temps de nombreuses jeunes femmes ont accepté d'être contactées, aucune ne s'est rendue aux rendez-vous donnés. On peut se demander si le contact pris par l'intermédiaire d'un professionnel était perçu comme une possibilité de « traçabilité » et de partage des informations entre sociologue et soignants. La prise de contact par « boule de neige » s'est avérée, heureusement, plus prolifique.

âgées de 18 ans et moins et 12 habitent en province (principalement en Vendée – en raison du terrain effectué au lycée professionnel – et dans le Bas-Rhin – via le fanzine -, même si aucune limite géographique n'avait été posée préalablement). Le choix de s'intéresser aux moins de 25 ans s'explique également par le fait que c'est la tranche d'âge la plus nombreuse à avoir recours à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception d'urgence (on sait que 13,7 % de femmes ont déjà utilisé la contraception d'urgence. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, elles sont près de 33 % à l'avoir utilisé, contre 9,7 % des femmes âgées de 35 à 44 ans. Enfin on sait que ce sont également les femmes de 20 à 24 ans qui ont le plus souvent recours à l'IVG (Vilain, 2006)). Pour récapituler, on peut dire que les jeunes femmes rencontrées sont majoritairement issues de Paris (35 sur 64 dont 30 sont majeures), 18 habitent en banlieue parisienne (14 sont majeures) et enfin 12 résident en province (dont 6 sont mineures). De ce fait, sur les 64 jeunes femmes interrogées, 50 sont majeures et 14 sont mineures. Parmi elles, on voit que 35 ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, 12 ont eu le baccalauréat (ou niveau bac), et 17 ont un diplôme inférieur au baccalauréat (dont 14 suivent encore des études). Enfin on constate qu'au moment de l'entretien, la grande majorité des jeunes femmes suivent encore des études (44) et que 20 jeunes femmes sont entrées sur le marché du travail (exerçant ou non une activité professionnelle).

Il a semblé pertinent de faire varier les situations dans l'intérêt de saisir les déroulements des expériences amoureuses, relationnelles, sentimentales selon le lieu de résidence (en raison de la proximité ou de la distance avec les structures de soins), mais également de voir si celui-ci avait un impact sur l'utilisation de la contraception (certaines habitaient chez leurs parents quand elles l'ont utilisée pour la première fois, d'autres non).

Les enquêtées ont été recrutées d'abord selon leur âge et surtout selon leurs pratiques contraceptives. La variable de l'origine sociale était, peut-être à tort, secondaire¹⁹, aussi le corpus est-il finalement composé de jeunes femmes issues d'un milieu social moyen (ce qui s'explique notamment par le fait que plus de la moitié des enquêtées sont parisiennes). Sachant que dans la fiche signalétique réalisée en fin d'entretien (cf. annexe) étaient demandés l'âge, la profession des parents (et/ou beaux-parents), leur niveau de diplôme (connu ou estimé), des éléments étaient disponibles pour faire une

¹⁹ Notons qu'une partie du terrain a été effectuée dans un lycée professionnel de Vendée, choisi, au-delà de la diversité géographique qu'il offrait, pour l'occasion qu'il présentait pour nous de rencontrer des jeunes de milieux populaires vivant en province et pour certains en zone rurale.

certaine répartition. En répartissant les jeunes femmes selon leur milieu social d'origine, 11 sont de milieu supérieur, 37 de milieu social moyen et enfin 16 sont issues de milieu populaire. Au-delà du capital économique, on a fait l'hypothèse que le capital scolaire et culturel jouait un rôle important dans le rapport à la contraception. Ce recodage, aussi approximatif soit-il, tente de rendre compte partiellement de la structure du corpus. Des Parisiennes de classe moyenne et étudiantes constituent donc la majorité du corpus. Pour avoir une idée plus précise des jeunes femmes rencontrées, et compte tenu de notre objet de recherche, le tableau suivant montre la méthode contraceptive des enquêtées au moment de l'entretien.

Tab.1 – Méthodes contraceptives utilisées par les jeunes femmes au moment de l'entretien

Méthode utilisée	Total	dont en couple	dont célibataires
Pilule	36	25	11
Préservatif masculin	7	5	2
Retrait	1	1	-
Implant	3	-	3
Stérilet	-	-	-
Aucune	17	4	13
Autres (patch, anneau)	-	-	-
Total	64	35	29

On voit ainsi que la grande majorité utilise la pilule et qu'un nombre conséquent n'utilisent au moment de l'entretien aucune méthode contraceptive (dont 4 sont en couple).

3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

L'entretien est une situation d'interaction verbale et sociale dans laquelle interviewé et intervieweur sont mutuellement engagés dans une démarche de connaissance. Son déroulement dépend de trois paramètres : le temps, le lieu et le rapport enquêté(e)/enquêteur²⁰ ou, selon les termes d'Alain Blanchet et Anne Gotman (1992) « la programmation temporelle, la scène et la distribution des acteurs. La programmation temporelle définit la tranche horaire de l'entretien et notamment la façon dont il s'inscrit dans la séquence des actions quotidiennes des interviewés. L'influence de ce moment d'insertion temporelle de l'entretien dans la quotidienneté s'exerce à travers la contamination du discours par les représentations et actions précédentes ».

Méthodes de recrutement des enquêtées

Après avoir défini la population de l'enquête, il importait de savoir comment prendre contact avec elle. De manière à diversifier le corpus, les modalités de recrutement ont été plurielles. Les jeunes femmes rencontrées ont en commun d'avoir eu envie de parler de leur contraception et de leur sexualité, et ont été capables de le faire. Il importe donc de souligner à nouveau que ce travail ne prétend pas analyser et comprendre *toutes* les situations en relation avec la contraception d'urgence, mais seulement celles qui semblent assumées par des jeunes femmes qui peuvent en parler et acceptent de le faire. Ce que rappelle à juste titre Janine Pierret (1994) il faut tenir compte d'un biais qui n'est pas des moindres : l'analyse ne prend en compte que les jeunes femmes ayant accepté la situation d'entretien.

La première prise de contact avec les enquêtées a une importance considérable dans la situation d'entretien postérieure, c'est à ce moment que se définissent le cadre et les

²⁰ L'importance de ces trois paramètres a été particulièrement sensible avec les jeunes femmes les plus jeunes, puisque ce sont celles qui ont le plus souvent annulé les entretiens ou ne sont pas venues. Le temps tout d'abord car les plus jeunes, souvent les plus contrôlées par leurs parents, et ayant l'emploi du temps le plus « rempli », devaient trouver un moment propice pour passer deux heures à discuter. Le lieu trouver un lieu n'a pas toujours été évident dans la mesure où s'éloigner de la zone de déplacements habituels (le quartier, l'arrondissement) pouvait s'avérer difficile mais faire un entretien dans un café de leur quartier leur paraissait impossible (tout comme à leur domicile pour certaines). Et enfin la relation enquêtrice/enquêtée en a freiné certaines qui redoutaient de se trouver face à un « Adulte » avec un grand A (susceptible de prendre le parti des parents), pour parler de leur sexualité, redoutant parfois un jugement sévère sur leurs pratiques (c'est ce que j'ai pu retenir des conversations informelles que j'ai eues avec les plus jeunes des enquêtées et celles qui n'ont finalement pas voulu être interrogées dans le cadre de l'enquête).

conditions du déroulement de l'entretien. Au téléphone, sur Internet ou en face-à-face, il était nécessaire d'explicitier le motif et l'objet de la recherche et de prendre du temps pour répondre aux questions récurrentes : « à quoi ça servira ? », « c'est pour qui ? », ou encore « pourquoi la pilule du lendemain ? ». Il a été indispensable dans les entretiens de souligner dès la première prise de contact que l'anonymat serait garanti (nous avons toujours précisé que l'ensemble des prénoms seraient modifiés au moment de la retranscription)²¹ et que les bandes enregistrées ne seraient écoutées que par l'enquêtrice. Ensuite, lors de l'entrevue, il a été profitable de rappeler qu'il n'existait pas de réponses idéales aux questions posées ni de réponses attendues ; mettre en évidence le fait que l'entretien ne requiert pas d'avoir un diplôme particulier, ou un niveau élevé de connaissances en matière de contraceptifs, a été nécessaire (des enquêtées ont craint ne pas être capables de répondre à toutes les questions). La précision en début d'entretien qu'une totale confiance était attribuée aux propos relatés par les individus et que l'objectif n'était pas de repérer les contradictions dans le discours ni de chercher à les piéger a semblé en rassurer certaines. Une indication quant à la durée de l'entretien a été donnée pour ne pas effrayer les enquêtées d'une part, et d'autre part pour leur permettre de s'organiser (de manière à ce que l'entretien ne soit pas interrompu en raison d'un rendez-vous trop rapproché²²).

Réaliser des entretiens enregistrés et retranscrits dans leur intégralité permet de restituer presque en totalité les émotions des enquêtées lors de l'échange verbal. Comprendre et entendre la vie sexuelle, amoureuse, contraceptive des jeunes implique de pouvoir s'isoler, se mettre à l'écart, tout en inspirant la confiance, laissant possible la confiance, malgré la présence de l'enregistreur, du face-à-face et de la verbalisation du vécu, du « vivant » ou du « à vivre ». L'exercice a été fastidieux, d'autant que certaines, ont, dans un premier temps, été impressionnées par l'idée d'un enregistrement, plus que par l'enregistreur lui-même. Le fait que l'entretien soit figé, ancré, inscrit dans le temps

²¹ Comme le souligne Daniel Bizeul, « L'acceptation du chercheur, pour quelques heures ou pour des années, est fréquemment le résultat, faute de mieux, d'un « compromis de travail », destiné à rendre vivable la situation. (...) Même si les interlocuteurs qui ont une idée de la déontologie du sociologue et qui comprennent sa promesse de veiller à l'anonymat des personnes, à la confidentialité des propos, à l'honnêteté et à l'impartialité du compte-rendu ne peuvent éviter de s'interroger sur divers points. » (1998, p. 761). Ce que nous avons pu constater, en partie, lors du temps informel à la fin de l'entretien, une fois l'enregistreur éteint, ou pendant l'entretien : les enquêtées s'auto-coupaient la parole pour demander une nouvelle confirmation de l'anonymat avant de dire quelque chose d'important pour elles.

²² Surtout pour les plus jeunes qui ont un emploi du temps contraignant : trouver un créneau libre dans leur emploi du temps scolaire, amical et parental n'a pas toujours été simple et le nombre d'entretiens reportés n'est plus à compter. Certains entretiens se sont déroulés pendant l'absence d'un professeur, d'autres à la place d'aller à la bibliothèque.

parce qu'il était enregistré a amené certaines enquêtées à parler de manière « sophistiquée », faisant un effort considérable sur le choix des mots et sur la tournure des phrases, dans l'objectif qu'une bonne image reste d'elles sur la bande. Le fait que les paroles exprimées soient inchangeables a pu gêner et a contribué à ce que les jeunes femmes aient une écoute critique de leurs propres paroles, de leur expérience.

« Enfin tu vois je t'ai dit ça sur lui, mais il faut pas que tu penses ça... parce que... j'ai été un peu méchante, même si c'est vrai qu'il m'a fait ça » (Lin Yao, 18 ans, lycéenne)

La tentation de parler en « bon français » n'a toutefois jamais duré pendant tout l'entretien, le moment de bascule étant souvent celui où les premières questions intimes étaient abordées (notamment au sujet des règles).

La relation enquêtée-enquêtrice

Adopter une méthodologie qualitative conduit à privilégier l'enquête de terrain et ses deux principales techniques de recueil de données que sont l'observation et l'entretien non-standardisé. Il s'agit d'une procédure d'investigation et non d'une simple exploration préalable à la mise au point d'un questionnaire. Depuis les années 1980, les discours de l'interviewé et de l'intervieweur sont vus comme une construction de la réalité et sont indissociables de leur contexte de production. Dans l'entretien, l'enquêté va consacrer du temps, et donner de sa personne dans l'échange ; il révèle ainsi une partie de lui, de son histoire, dont il n'a pas forcément l'occasion de parler. Parler à quelqu'un anonymement et en sachant que l'on ne reverra a priori jamais cette personne permet de laisser plus de liberté dans la discussion. L'entretien d'enquête sociologique se distingue, à ce titre, des entretiens psychothérapeutiques, étant donné que c'est l'enquêteur qui demande à l'enquêté de parler sur un thème donné, alors qu'en psychothérapie c'est le patient qui choisit d'aller voir le psychothérapeute et de livrer ce qu'il lui dit.

Les personnes acceptant les entretiens ont en partie un « gigantesque besoin de s'exprimer », ce que l'on repère lorsque sont confiés des secrets (c'est ce que Pierre Bourdieu nomme « l'auto-analyse »). « Nous avons eu le sentiment que la personne interrogée profitait de l'occasion qui lui était donnée de s'interroger sur elle-même et de la licitation ou de l'incitation que lui assuraient nos questions ou nos suggestions (toujours ouvertes et multiples) pour opérer un travail d'explicitation, souvent douloureux et gratifiant à la fois, et pour énoncer, avec une extraordinaire intensité

expressive, des expériences et des réflexions longtemps réservées ou réprimées » (Bourdieu, 1993, p. 3). Ce besoin de s'exprimer est perceptible à la fin de l'entretien, lorsque les enquêtées sont étonnées d'avoir parlé « *Si longtemps* » ou ne « *pensaient pas avoir autant de choses à dire en venant...* ». Elles ont parfois l'impression d'avoir été trop bavardes « *Ça m'a fait du bien, je pensais pas que ça allait être si long et que j'allais te dire autant de trucs... j'espère que ça t'as pas saoulée et que j'ai pas trop parlé ? (rires)* ». Si l'entretien de recherche n'a pas de visée thérapeutique, il peut avoir cependant des effets bénéfiques et gratifiants pour l'enquêté, qui peut s'exprimer comme il l'entend et faire valoir son point de vue, ce qui n'est pas une situation si fréquente. Cela peut aussi signifier pour les jeunes femmes que le fait de raconter leur histoire a bien une utilité collective et que dans ce cadre, leur entretien peut servir à mieux faire connaître la situation des personnes dans leur cas.

Un des points les plus susceptibles d'influencer l'entretien semble être le rapport qui s'établit entre informateur et enquêteur. En effet, « la distribution des acteurs concerne les caractéristiques physiques et socio-économiques des partenaires. Chacune de ces caractéristiques joue sur la représentation que l'interviewé se fait de son rôle dans l'entretien. Selon les cas, certaines configurations facilitent plus ou moins la production du discours » (Beaud, Weber, 1997). Une trop grande proximité enquêteur/enquêté(e) constitue un frein au bon déroulement de l'entretien, d'où l'importance d'avoir affaire à des individus inconnus, d'une part pour éviter les reconstructions de la réalité dans le but de valoriser (ou d'améliorer) l'image de soi (même si cela implique aussi qu'il y ait moins de contrôle sur ce qui est dit), et pour ne pas entrer en empathie avec la personne interrogée (ce qui n'a pas toujours été évident) d'autre part. Pour aborder la description des pratiques sexuelles par exemple, l'enjeu réside dans le fait de trouver la bonne distance, « ce n'est ni lorsque la distance enquêteur/enquêté(e) tend vers zéro, ni lorsqu'elle est maximale que les meilleures réponses sont obtenues. La bonne distance, tant sociale qu'affective, semble par conséquent nécessaire » (Spira, Bajos, et *al.*, 1993, p. 60).

Le lieu de l'entretien laissé au choix des jeunes femmes

Le choix du lieu de l'entretien était laissé aux interviewées, de manière à ce qu'elles se sentent en confiance pour parler le plus librement possible. Pour les entretiens qui se sont déroulés en face-à-face (46), ils se sont le plus souvent déroulés au domicile des enquêtées, dans leur chambre pour celles partageant leur appartement (avec leurs

parents ou un(e) colocataire). Les autres se sont déroulés soit à mon domicile (proposé lorsque les jeunes femmes souhaitaient un lieu à l'abri des regards et des oreilles) soit au café à la demande des jeunes femmes²³.

Au lycée professionnel, la situation a été différente. Entrant au lycée par le biais de professeurs rencontrés préalablement, la mise en relation avec les surveillants n'en a été que plus aisée. Les surveillants étant « *les alliés* » des jeunes, il était ainsi possible pour moi de les rencontrer ensuite individuellement. Les entretiens se sont déroulés à la fin des trois semaines passées au lycée²⁴. Pour les entretiens qui se sont déroulés au lycée professionnel, ils ont eu lieu dans une petite salle vide, mise à ma disposition, où les jeunes femmes ne pouvaient être vues de l'extérieur. Aucun entretien ne s'est déroulé en présence d'un(e) ami(e) de l'enquêtée, ni d'un petit ami, pour accorder davantage de crédit aux dires de la personne interrogée (il n'était pas possible de contester les faits rapportés, tandis qu'une tierce personne connue de l'enquêtée aurait pu le faire). Aucune confrontation de récits n'était possible, d'une part car ce n'était pas l'objectif recherché, et d'autre part, pour que l'enquêtée puisse raconter dans les détails des relations qu'elle avait cachées à ses proches (par exemple ses « *plans sous-marins* »²⁵).

Jeux et enjeux du regard en face-à-face

Dans la relation en face-à-face, il est nécessaire de tenir compte de tous les éléments pouvant influencer la situation. Par exemple, une différence de style vestimentaire peut

²³ J'ai tenté d'éviter les cafés dans la mesure du possible, pour des raisons techniques (bruits inhérents au lieu) et de confidentialité (même si les cafés étaient choisis loin du domicile de l'enquêtée ou de ses lieux de fréquentation, il est arrivé que des clients entrent dans la discussion, ce qui a eu pour conséquence d'interrompre les entretiens). Toutefois, pour certaines jeunes femmes, le café a été une sorte de récompense en échange de leurs paroles, dans la mesure où elles choisissaient le lieu et pouvaient dire à leurs amies qu'elles étaient allées au « Starbucks Coffee » ou au « Paradis du Fruit » (lieux considérés comme « branchés » par les jeunes mais qui sont difficilement à leur portée financière).

²⁴ Au total, j'ai été au lycée durant 15 jours (5 jours x 3 semaines) de l'ouverture à la fermeture de l'établissement (8h-19h) n'ayant pas été autorisée à rester sur le temps de l'internat. Au cours de ces trois semaines, je suis surtout restée dans la salle des surveillants (« *là où tout se passe et où tu sais tout* » selon les jeunes comme les surveillants) effectuant divers travaux administratifs sans responsabilité (comme tamponner les livrets de correspondance). J'ai également été amenée à surveiller des heures de permanence pendant lesquelles je pouvais mieux expliquer ma présence dans leur établissement, répondre aux questions des jeunes sur les objets de ma recherche et enfin mener des débats avec les jeunes sur la sexualité et la contraception. Enfin, à la demande d'enseignants, je suis intervenue dans des classes pour faire de la prévention (grossesse/sida) et inciter à la discussion sur la sexualité, mettant alors à la disposition des jeunes diverses plaquettes de prévention et d'information offertes par le Centre Régional d'Information et de Prévention Sida (CRIPS) d'Île de France.

²⁵ Certaines ont raconté être sorties un soir (ou plus) avec le petit ami ou le frère d'une de leurs amies, ce qui était condamnable par l'ensemble du groupe d'ami(e)s. La présence de l'un d'eux aurait alors biaisé l'entretien, tandis que seule face à moi, la jeune femme pouvait raconter comment elle était arrivée à embrasser ce jeune homme sans craindre les foudres de son entourage.

être ressentie comme une distance de fait entre enquêteur et enquêtée²⁶ (elle peut être une violence symbolique pour reprendre les mots de Pierre Bourdieu). Raison pour laquelle une tenue « standard » a été adoptée (pull ou t-shirt - sans inscription - et jean, sans marques apparentes). Car même si Janine Pierret (2004) considère qu'il ne s'agit « ni de mettre en présence des personnes de même monde social, ni même d'adopter le vocabulaire et le parler des interviewés pour réduire la violence symbolique », dans les entretiens avec les jeunes (et les plus jeunes notamment), avoir des expressions verbales communes a semblé bénéfique.

« Tu vois un jour j'ai vu X avec son gars, alors qu'elle avait un autre gars... et là je te jure je savais pas quoi faire. Parce que ça m'arrangeait qu'elle casse avec lui, car lui... bon j'avoue ouais j'l'aimais bien... Enfin (rires) bref t'as compris quoi... (elle rougit). Et donc quand j'l'ai vu, j'ai hésité » (Amélie, 16 ans, lycéenne)

YA : et tu l'as balancée ?

« Bah si j'étais honnête je dirais oui... mais bon en fait c'était plus compliqué que ça (...) » (Amélie, 16 ans, lycéenne)

Dans cet extrait d'entretien, il s'agissait d'employer des expressions communes pour se sentir « plus proches », en adoptant le même registre de langue. Cela a permis de gagner du temps dans la relation de confiance et de détendre l'ambiance en début d'entretien (me voyant « mal » parler, les jeunes femmes s'autorisaient ensuite à faire moins attention à la construction de leurs phrases, ce dont elles s'efforçaient en raison de l'enregistreur).

La réalisation d'entretiens *de visu* (46) et d'entretiens par téléphone (4) a été complémentaire dans ce travail d'enquête. La situation de face-à-face a été un privilège lors de récits difficiles car douloureux pour les enquêtées, le téléphone laissant les interlocutrices seules après la discussion. Le face-à-face et l'échange de regards ont été des avantages lors des entretiens, même s'ils rendaient plus difficile l'évocation de la sexualité et plus précisément des pratiques sexuelles, contrairement au téléphone (ce qui confirme les points méthodologiques avancés par Michel Bozon (1999)). Il semble plus adéquat dans les entretiens de se positionner face à face et non côte à côte avec

²⁶ Il semblerait qu'il est plus facile pour les jeunes de se confier à un individu inconnu qui leur paraît proche vestimentairement. Si l'enquêteur est habillé en « gothique », ou en tailleur par exemple, les jeunes n'ayant pas ce style ne se sentiront pas compris par l'enquêteur, celui-ci faisant partie d'un monde trop différent du leur. L'enjeu est de taille dans un entretien sur l'intimité. Il est utile de rappeler l'importance que les enquêtées (surtout les plus jeunes) accordent à l'image, à l'apparence et à la tenue vestimentaire, tant de leurs professeurs que de leurs parents et de leurs amis (Juhem, 1995).

l'enquêtée ; cette configuration permet de trouver une distance suffisante pour laisser parler l'autre et être en mesure de rediriger ses propos lorsqu'il s'écarte trop du sujet de l'entretien (détails trop longs sur le parcours scolaire ou les loisirs alors que ce n'est pas l'objet de l'enquête par exemple). De plus, dans l'entretien en face-à-face le regard est un atout majeur de la relation, il permet de saisir rapidement une question incomprise, d'acquiescer les dires ou de soutenir l'enquêtée par un simple regard, le jeu étant de rendre possible la complicité dans le regard, sans que celui-ci ne devienne un frein à la relation enquêteur/enquêtée (par une trop grande empathie ou au contraire par une gêne trop visible). Un regard trop insistant peut biaiser la suite du récit et faire revenir l'enquêtée sur ses gardes. Aussi, la vigilance est de mise dans les entretiens pour saisir le moment où il ne faut pas tenir le regard : lorsque l'enquêtée ne souhaite pas regarder en face son interlocuteur. C'est à l'enquêteur de savoir comment ne pas imposer son regard, le guide d'entretien étant un bon support pour poser ses yeux²⁷. Aider, inciter à la parole sans juger, ni imposer tel est l'enjeu du regard dans l'entretien compréhensif en face-à-face. Il est possible de saisir l'importance du regard au cours d'entretiens téléphoniques. Dans cette disposition, l'ensemble des jeux de regards de la relation face-à-face doit être oralisé pour marquer que l'on a compris ce qui était dit par exemple. Ce mode de recueil de données a été utilisé principalement pour des raisons de distance géographique.

Effets de l'âge de l'enquêtrice

La relation qui s'instaure entre enquêteur et informateur est influencée dans un premier temps par la voix (phase de recrutement) puis dans un second temps, par l'apparence et le style vestimentaire (rendez-vous) qui influent largement sur le déroulement de l'entretien et sur les données récoltées. « Être homme ou femme, noir ou blanc, jeune ou âgé, modifie la nature des échanges entre individus. À ces traits physiques, dont découle un sens immédiat dans un univers social donné, s'ajoutent les accessoires, les actions, les façons d'être, qui permettent d'inférer, à tort ou à raison, l'identité de classe ou de culture du chercheur : par exemple son habillement et sa coiffure, son entourage d'objets et de personnes, son aspect physique, son usage des mots et ses intonations, son allure générale » (Bizeul, 1998, p. 755). L'auteur insiste à ce propos, « L'identité que le

²⁷ J'ai ressenti ce besoin lorsque certaines des enquêtées m'ont raconté qu'elles s'étaient fait violer. Pour ne pas les freiner dans leur récit, j'ai préféré ne pas les regarder dans les yeux dans un premier temps, puis, nos regards se sont à nouveau rencontrés.

chercheur se voit attribuée repose pour une part sur des caractères immédiatement perceptibles comme le sexe, le type racial, l'âge apparent, la qualité physique. Elle induit sur ses locuteurs des attentes et des réactions plus ou moins stéréotypées, qui orientent en retour son mode de présence » (Bizeul, 1998, p. 754). Comme cela a été souligné (entre autre) dans les enquêtes ACSF²⁸ et ACSJ²⁹, l'âge de l'enquêteur doit être pris en considération dans une enquête sur les jeunes. Le groupe ACSF avait fixé l'âge des enquêteurs, « cette limite d'âge nous a semblé importante afin que les interlocuteurs des jeunes interrogés ne soient pas perçus comme des « vieux » d'une autre génération, identifiés à des parents ou à des enseignants et présumés incapables de comprendre leur vie et ses problèmes. De même, étant plus âgés que les enquêtés, ils ne pouvaient être assimilés aux copains avec qui on blague, on se vante » (Lagrange, Lhomond, 1997, p. 18). Dans cette enquête, j'avais au maximum une dizaine d'années d'écart avec les plus jeunes femmes, partageant des codes communs et des références communes (émissions de télévision ou de radio) la proximité d'âge cumulée à l'appartenance au même sexe ont contribué à une confiance relativement rapide. Si la tenue vestimentaire et le sexe de l'enquêteur peuvent avoir un effet sur la situation d'entretien, l'âge est aussi un élément à prendre en compte. Plus globalement ce sont toutes les caractéristiques physiques qui ont de l'importance.

Présentation du guide d'entretien

Dans les premiers temps, le guide d'entretien a été réalisé pour « tâter le terrain » : il s'agissait de tester les questions, d'évaluer leur compréhension, et les réactions des jeunes enquêtées. Depuis, il n'a cessé d'être modifié au fur et à mesure des lectures et de l'expérience de terrain. Le retravailler en cours de route permet de couvrir des aspects du problème qui avaient été sous-estimés au départ (ce dont font référence Peto et al., 1992, p. 17). Il a été construit en partie à l'aide du questionnaire sur les comportements sexuels en France (Spira, Bajos et ACSF, 1993), dans l'intention de voir comment étaient posées les questions sur la contraception dans une enquête quantitative.

Au début de l'entretien était indiqués à l'enquêtée l'objectif et les thèmes principaux de la discussion, en lui laissant une grande marge de manœuvre et d'initiatives, de sorte à ce qu'elle puisse sélectionner elle-même et développer les aspects de son expérience

²⁸ Analyse du Comportement Sexuel des Français (1993).

²⁹ Analyse du Comportement Sexuel des Jeunes (1995).

qu'elle jugeait essentiels. La principale tâche était de relancer sur les questions cruciales et de recentrer l'entretien sur ses objectifs lorsqu'il s'en écartait trop.

L'objectif était de prendre en compte les trajectoires sociales, affectives, relationnelles, amoureuses, sexuelles et contraceptives des jeunes filles rencontrées. Le guide d'entretien³⁰ auquel ont été soumises les 64 enquêtées est articulé autour de quatre axes : une présentation générale, pour les connaître au moins partiellement, en vue de mieux comprendre leurs réponses. Ceci a paru indispensable dans la mesure où on ne peut s'intéresser à la sexualité de l'individu sans prendre en compte son histoire personnelle. Ensuite étaient abordés leurs parcours amoureux, relationnel, sentimental, afin de retracer la biographie sexuelle et relationnelle (les questions n'ont pas été posées dans l'ordre chronologique mais davantage selon l'importance des événements d'après les jeunes femmes). Des questions portant plus précisément sur les pratiques contraceptives et les discussions en famille ou entre ami(e)s autour des expériences amoureuses, sexuelles, relationnelles ont été posées. Pour évaluer les consignes familiales relevant de la santé et de la sexualité, étaient approchés l'enfance et les supports par lesquels les jeunes se sont familiarisées avec la sexualité. Enfin, les enquêtées ont été interrogées sur leur(s) utilisation(s) de la contraception, et de la contraception d'urgence plus particulièrement, ainsi que sur leur rapport avec les soignants. À la fin de l'entretien, il a été possible (dans presque tous les cas) de retracer les biographies relationnelles, sexuelles, amoureuses et contraceptives des enquêtées ; c'est-à-dire leurs expériences du premier baiser au jour de l'entretien, en passant par leur(s) utilisation(s) de la « pilule du lendemain »³¹. Il n'était pas demandé aux jeunes femmes de raconter³² telles quel leur vie amoureuse, sexuelle, relationnelle, mais l'objectif était de pouvoir les retracer à la fin de l'entretien à travers leurs discours sur leurs pratiques. Enfin, il est utile de rappeler que le guide d'entretien est comme le prêt-à-porter : il convient à tous dans l'absolu mais nécessite d'être adapté à chaque individu ensuite. Le guide a davantage servi de « balise » soulignant les passages recommandés à

³⁰ Une version du guide d'entretien se trouve en annexe.

³¹ Contrairement aux enquêtes quantitatives sur la sexualité menées aux États-Unis ou en Grande-Bretagne dans les années 1990 (Le Gall, 2001), nous avons pris le parti, comme dans l'enquête ACSF, de faire définir les mots (ou expressions) par les enquêtées, dans le but de saisir les nuances et ce qu'elles entendaient par « être amoureuse », « kiffer », « aimer » par exemple.

³² « Raconter induit immédiatement un récit, le récit d'une histoire, la leur et ce depuis un moment précisément daté pour l'interviewé. Mais demander de raconter son histoire ne conduit nullement à recueillir des histoires ou des récits de vie » (Pierret, 2004).

partir desquels la personne interrogée était amenée à raconter sa vie, et à livrer sa manière de percevoir ses expériences personnelles.

Le déroulement des entretiens nécessitait de se donner le droit (voire l'obligation) de se laisser surprendre, d'être curieuse sans être indiscrète ou voyeuriste, de refuser les évidences, de demander des explications et de faire expliciter les propos, enfin de pointer les contradictions et de faire apparaître les tensions.

Non observable et peu objectivable, la sexualité physique est également difficile à conter et à dire, bien que facile à suggérer métaphoriquement. Les registres sémantiques possibles sont d'une part le registre argotique, évoquant une transgression, d'autre part le langage technique de la sexologie. Mais la façon la plus courante et la plus universelle d'évoquer la sexualité est à travers des termes ordinaires utilisés de manière métaphorique dans le contexte de l'amour physique, et qui permettent de dire sans nommer explicitement. Dans les enquêtes sur les comportements sexuels, un des problèmes récurrents reste d'ailleurs toujours celui du mode de questionnement et du langage à utiliser pour aborder les pratiques des personnes interrogées (Spira, Bajos, 1993, pp. 51-60). Dans l'enquête menée par Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond sur les comportements sexuels des jeunes dans le contexte du sida, il s'agissait, pour ne pas nommer les pratiques, de donner une carte sur laquelle étaient énumérées les pratiques. L'enquêté n'avait qu'à dire les chiffres correspondants à ses pratiques.

Dans cette enquête, il n'était pas demandé aux enquêtées de décrire précisément leurs pratiques sexuelles, mais de raconter leur vie amoureuse, sexuelle, relationnelle, sentimentale, contraceptive. Néanmoins, celles qui le souhaitaient ont pu décrire leurs pratiques sexuelles. Les autres étaient amenées à le faire au moment où l'on venait à parler du déroulement du premier rapport sexuel : des questions sur l'anticipation du rapport sexuel, de son désir et de son déroulement ont été posées, au fur et à mesure que cela était possible (sans choquer ni « braquer » l'enquêtée contre l'enquêtrice). Les jeunes ont rarement nommé explicitement leurs pratiques sexuelles, pour ne pas paraître obsédées ou trop frivoles. Celles qui l'ont fait se sont dédouanées plusieurs fois d'être des « *salopes* », des « *putes* » ou des « *nymphos* ».

Une enquête au féminin

Le terrain masculin s'est avéré particulièrement difficile d'accès, trop peu de jeunes hommes étaient prêts à répondre à un entretien sur ce sujet³³. Le recrutement aurait été biaisé car seuls les garçons ayant su que leur partenaire avait pris la contraception d'urgence auraient répondu (or bien des jeunes femmes n'informent pas leur partenaire de leur vie contraceptive) et seuls ceux ayant participé activement à la gestion de la contraception d'urgence auraient répondu, comme dans l'enquête exploratoire. J'ai donc renoncé à effectuer des entretiens auprès de jeunes hommes dont les petites amies avaient utilisé la contraception d'urgence. Il s'agira ainsi d'un terrain exclusivement féminin composé d'utilisatrices de la contraception d'urgence, et de leur récit sur les pratiques masculines. Il ne s'agit donc pas de dire que le terrain masculin est inintéressant, bien au contraire, mais plutôt qu'il devrait faire l'objet d'une étude à part entière dans la lignée de celle faite par Geneviève Cresson sur les hommes et l'interruption volontaire de grossesse (2006). En effet, comme le souligne l'auteure à propos de l'avortement, « un mari ou un partenaire ne peuvent imposer une IVG ni s'y opposer contre l'avis explicite de la femme enceinte. Bien sûr ils peuvent lui donner leur avis, tenter de l'influencer, exercer une pression. Mais en droit, c'est bien la femme qui décide *in fine* » (Cresson, 2006, p. 66) ; et il en va de même pour la contraception d'urgence.

³³ Lors de l'enquête exploratoire en DEA, 6 entretiens avaient été effectués auprès de jeunes hommes.

4. TABLEAU RECAPITULATIF DES JEUNES FEMMES ENQUETEES

Pseudonyme	Age	Niveau d'étude	Type d'occupation au moment de l'entretien	Nb de C.U (1)	Age lors de la 1 ^{ère} C.U (2)	Nb IVG (1)	Nombre de partenaires sexuels	Age du 1 ^{er} baiser	Age du 1 ^{er} rapport	Contraception(s) utilisée(s) au moment de l'entretien	Type de relation au moment de l'entretien	Lieu habitation (département)	Profession des parents
Adriana	21	Bac	Secrétaire	1	21	0	1	14	21	Pilule	Couple (10 mois)	Chez ses parents (93)	Mère : secrétaire Père : employé
Agnès	21	Bac	Serveuse	2	15	0	6	11	14	Pilule	Couple	Avec son copain (75)	Mère : infirmière Père : menuisier
Alexandra	22	Bac	Chômeuse	1	17	0	3	15	15	Pilule	Couple (1 an)	Ac son copain (67)	Mère secrétaire Père : cadre bancaire
Amélie	16	BEP	Lycéenne	1	15	0	1	12 ½	15	Préservatif	Célibataire	Chez parents (85)	Mère : sans emploi Père : absent
Angélique	24	Bac + 5	Et. DESS urbanisme	1	23	0	2	13	19	Pilule	Couple	Chez ses parents (75)	Mère : cadre Père : architecte
Anissa	20	Bac pro	Chômeuse	3	19	1	2	13	19	Aucune	Couple	Chez mère (91)	Mère : femme de ménage Père : n.c.
Anne Laure *	23	Bac +4	Et. SHS	30 +	14	0	6	10 ½	11 ½	Pilule	Couple (1 mois)	Seule appart (75)	Mère : sans emploi Père : retraité de l'armée
Ashley	19	Bac + 2	Et. DEUG histoire	3	17	0	2	14	16	Pilule	Couple (9 mois)	Chez ses parents (75)	Mère : n.c. Père : n.c.
Aurélia	20	Lycée 1 ^{ère}	Sans profession	5	16	0	23	11	15	Pilule (oublis fréquents)	Couple (1 an ½)	Chez sa mère (93)	Mère : danseuse Père : n.c.
Aurélie	20	Bac +2	Et. Cinéma	3	17	0	20	13	16	Pilule (oublis)	Couple	Chez ses parents (75)	Mère : employée de commerce
Bénédicte	18	Bac	Et. Psychologie	2	16	0	4	13	16	Pilule + préservatif	Célib ?	Chez parents village (39)	Mère : sans emploi Père : mécanicien

(1) : nombre total de prise de contraception d'urgence. (2) : âge lors de la première utilisation de la contraception d'urgence. (3) : nombre d'avortement effectué

Pseudonyme	Age	Niveau d'étude	Type d'occupation au moment de l'entretien	Nb de C.U (1)	Age lors de la 1 ^{ère} C.U (2)	Nb IVG (3)	Nombre de partenaires sexuels	Age du 1 ^{er} baiser	Age du 1 ^{er} rapport	Contraception(s) utilisée(s) au moment de l'entretien	Type de relation au moment de l'entretien	Lieu habitation (département)	Profession des parents
Camille	20	Niveau Bac	Animatrice	2	19	1	7	14	16	Pilule	Célibataire.	Seule dans un studio (75)	Mère : décédée Père : ingénieur Belle mère : sans emploi
Caroline	23	Bac +2	Mère au foyer	2	18	0	1	13	17	Retrait	Couple (5 ans) mariée (3 ans) 1 enfant de 3 ans	Avec son partenaire dans un village (1000hab) (67)	Mère : sans emploi Père : guichetier bancaire
Céline	21	Bac + 3	Et. École de commerce	1	20	0	6	12	16	Pilule	Célibataire	Avec mère à (92)	Mère : cadre Beau père : cadre
Cindy	24	Bac + 2 ?	Et. AES	3	21	1	5	12	15	Aucune	Célibataire. (1 semaine)	Chez son ex petit ami (75)	Mère : sans emploi Père : cadre
Claire	20	Lycée 1 ^{ère}	Mère au foyer	1	18	1	2	12	16	Aucune	Couple (1 an) 1 enfant de 4 mois	Chez parents (67)	Mère : sans emploi Père : n.c.
Delphine	15	Lycée 2 ^{nde} générale	Lycéenne	2	14	0	1	12	14	Aucune	Célibataire.	Chez sa mère (93)	Mère : pigiste Père : photographe
Dounia	17	Lycée Tle S	Lycéenne	2	16	0	1	12	15	Pilule	Couple (2 ans)	Chez sa mère. (75)	Mère : enseignante Père : barmaid
Edwige	15	Lycée 2 ^{nde} générale	Lycéenne	5	15	0	2	10	15	Pilule	Couple (5 mois)	Chez ses parents (93)	Mère : secrétaire Père : n.c.
Églantine	24	Bac	Styliste	1	22	0	18	11	12	Aucune	Célibataire (4 jours)	Seule dans un studio (75)	Mère : artiste Père : designer
Élise *	19	Bac + 1	Et. IFSI	3 ou 4	17	0	1	13	16	Aucune	Célibataire.	Seule dans un studio (94)	Mère : chômeuse Père : décédé Beau-père : retraité
Émilie	24	Bac + 2	Hôtesse de l'air	1	21	0	3	16	20	Aucune	Célibataire.	Seule dans un appartement (95)	Mère : hôtesse de l'air Père : absent

(1) : nombre total de prise de contraception d'urgence. (2) : âge lors de la première utilisation de la contraception d'urgence. (3) : nombre d'avortement effectué

Pseudonyme	Age	Niveau d'étude	Type d'occupation au moment de l'entretien	Nb de C.U (1)	Age lors de la 1 ^{ère} C.U(2)	Nb IVG (3)	Nombre de partenaires sexuels	Age du 1 ^{er} baiser	Age du 1 ^{er} rapport	Contraception(s) utilisée(s) au moment de l'entretien	Type de relation au moment de l'entretien	Lieu habitation (département)	Profession des parents
Estelle	24	Bac + 4	Et. Maîtrise de chinois	3	21	0	5	14	17	Préservatif	Couple	Seule dans un studio (75)	Mère : enseignante Père : chômeur Beau-père : artiste
Fanny	24	Bac + 2	Et. Licence de Musique	1	22	0	2	17	20	Aucune	Célibataire.	Chez ses parents (75)	Mère : employée Père : retraité géomètre
Farida	21		Et. Ecole de commerce	6	19	1	4	10	15 ½	Implant	Célibataire.	Hébergée par des personnes âgées (92)	Mère : vendeuse Père : pharmacien
Fatima	24	Bac + 4	Chargée de communication	4	22	0	3	14	21	Aucune	Célibataire.	Foyer de jeunes travailleurs (59)	Mère adoptive : éducatrice
Géraldine	25	Bac + 2	Chômeuse	4	20	0	6	11	18	Préservatif	Célibataire.	Seule dans chambre (75)	Mère : sans emploi Père : commercial expatrié
Hélène	21	Bac+3	Licence géopolitique	1	19	0	1	12	18	Pilule	Couple (1 an ½)	Studio avec son copain (75)	Mère : psychologue Père : psychologue
Isabelle	23	BEP-CAP	Coiffeuse	2	17	0	27	13	15	Préservatif	Couple	Chez sa mère (91)	Mère : employée Père : absent
Jessica	15	Lycée 2 ^{ème} générale	Lycéenne	4	14	0	1	11	14	Pilule	Couple (1 an)	Chez ses parents (75)	Mère : n.c. Père : n.c.
Julia	20	Bac +2	Et. DEUG histoire	+10	17	1	5	10	15	Aucune	Célibataire	Seule dans un studio (75)	Mère : retraitée (dir école primaire) Père : retraité (dir école primaire) B père : PDG PME
Juliana	23	Bac + 5	Et. DESS de droit	3	17	0	3	14	16	Aucune	Célibataire.	Studio (35)	Mère : cadre Père : cadre
Julie	17	Lycée 1 ^{ère} STT	Lycéenne	1	16	0	1	13	16	Pilule	Couple (5 mois)	Chez ses parents (25)	Mère : secrétaire Père : hotliner

(1) : nombre total de prise de contraception d'urgence. (2) : âge lors de la première utilisation de la contraception d'urgence. (3) : nombre d'avortement effectué

Pseudonyme	Age	Niveau d'étude	Type d'occupation au moment de l'entretien	Nb de C.U (1)	Age lors de la 1 ^{ère} C.U(2)	Nb IVG (3)	Nombre de partenaires sexuels	Age du 1 ^{er} baiser	Age du 1 ^{er} rapport	Contraception(s) utilisée(s) au moment de l'entretien	Type de relation au moment de l'entretien	Lieu habitation (département)	Profession des parents
Juliette	22	Bac +4	Et. LLCE Anglais	3	15	0	5	11	14	Pilule	Couple (1 an ½)	Collocation (75)	Mère : fleuriste Père : décorateur
Justine	15	BEP	Lycéenne	1	15	0	2	12	14	Préservatif	Couple (2 semaines)	Chez parents (85)	Mère : agent d'entretien Père : ouvrier
Karine	19	Bac	Et. Educatrice spécialisée	1	17	1	2	15	16	Aucune	Célibataire. (1 mois)	Chez sa mère (59)	Mère : sans emploi Père : employé
Kelly	15	Lycée 2 ^{nde} générale	Lycéenne	10	14	0	1	11	14	Pilule	Couple (2 ans ½)	Chez ses parents (75)	Mère : écrivain Père : publicitaire
Laétitia*	24	Niveau bac	Serveuse	2	23	0	1	19	20	Aucune (attente bébé)	Couple (3 ans ½)	Avec son copain (78)	Mère : n.c. Père : n.c.
Leila	24	Bac ?	Sans profession	2	24	1	2	13	19	Pilule	Célibataire	Seule dans une chambre (75)	Mère : employée Père : sans emploi
Lilia	20	Bac + 3	Et. Licence de lettres	2	16	0	5	13	14	Pilule	Couple	Avec son père (75)	Mère : décédée Père : journaliste
Lilly	23	Bac +4	Comédienne	2	18	2	50 +	14	17	Implant	Célibataire	Seule appart (75)	Mère : n.c. Père : agent EDF
Lin Yao	18	Lycée Tle L	Lycéenne	1	16	0	2	12 ½	15 ½	Pilule	Célibataire.	Avec une copine (75)	Mère : enseignante Père : artiste
Ludivine	20	Bac + 2	Et. Ecole de Commerce	6	17	0	4	12 ½	17	Pilule	Célibataire.	Chez parents (77)	Mère : coiffeuse Père : artisan
Lydie	21	Bac + 2	Et. DUT Communication	1	20	0	4	13	14 ½	Pilule	Couple (5 ans)	Studio (75)	Mère : prof de danse Père : absent
Maria	24	Bac + 4	Et. Ecole de Commerce	2	19	0	4	14	17	Pilule	Célibataire.	Collocation avec son ex. (75)	Mère : prof lycée Père : prof fac
Marie	22	Bac +4	Et. Maîtrise de psychologie	3	18 ½	0	3 ?	11	18 ½	Pilule	Couple (3 ans)	Seule dans un studio (75)	Mère : peintre Père : retraité (gérant PME)
Marina	16	BEP	Lycéenne	1	15	0	2	10 ½	14	Pilule	Couple	Chez parents (85)	Mère : chômage Père : ouvrier
Millie	21	Bac + 2	Et. IFSI	2	20	0	2	11	17	Pilule	Couple	Avec son copain (75)	Mère : n.c. Père : n.c.

(1) : nombre total de prise de contraception d'urgence. (2) : âge lors de la première utilisation de la contraception d'urgence. (3) : nombre d'avortement effectué

Pseudonyme	Age	Niveau d'étude	Type d'occupation au moment de l'entretien	Nb de C.U (1)	Age lors de la 1 ^{ère} C.U (2)	Nb IVG (3)	Nombre de partenaires sexuels	Age du 1 ^{er} baiser	Age du 1 ^{er} rapport	Contraception(s) utilisée(s) au moment de l'entretien	Type de relation au moment de l'entretien	Lieu habitation (département)	Profession des parents
Myriam	18	Lycée Tle STI	Lycéenne (Tle)	3	16	0	3	13	14	Pilule	Couple (1 an ½)	Chez parents (75).	Mère : conseillère d'orientation Père : sans emploi
Nadège	23	Bac + 4	Et. Licence SHS	1	21	0	2	17	17	Pilule	Célibataire.	Cité Universitaire (92)	Mère : sans emploi Père : cadre
Nadia	24	Bac +5	Et. DEA socio	3	23	0	3	19	22	Pilule	Couple (5 mois)	Chez parents (93)	Père : retraité Mère : au foyer
Nelly	24	Bac + 3	Et. Maîtrise Arts plastiques	1	22	1	6	13	17	Pilule	Célibataire.	Chez mère (92)	Mère : assistante sociale Père : décédé
Noura	22	Bac pro	Réceptionniste	2	17 ½	0	3	12	14 ½	Préservatif	Couple	Seule dans un studio (95)	Mère : n.c. Père : n.c.
Nya*	20	Lycéenne Tle STG	Lycéenne	2	18	1	2			Aucune	Célibataire	Avec sa mère (93)	Mère : fonctionnaire à la poste Père : inconnu
Roseline	21	Bac + 2	Et. DEUG de Psychologie	5	20	0	1	14	20	Pilule	Couple (1 an)	Chez parents (75)	Mère : prof de chant Père : PDG d'une grande entreprise
Saliha	22	Bac + 2	Et. Licence de cinéma	2	20	0	4	15	16	Aucune	Célibataire.	Chez parents (75)	Mère : sans emploi Père : absent
Sandra	20	Bac + 2	Et. IFSI	1	19	1	1	13	19	Pilule	Couple	Seule dans un studio (75)	Mère : sans emploi Père : cadre
Siria	24	Bac + 2	Et. DEUG de droit	3	18	0	40 +	12	14	Aucune	Couple (3 mois)	Chez sa mère (75)	Mère : enseignante Père : décédé Beau-père : historien
Solenn	15	BEP	Lycéenne	1	14	0	1	13	14	Aucune	Célibataire	Chez parents (85)	Mère : puéricultrice Père : employé

(1) : nombre total de prise de contraception d'urgence. (2) : âge lors de la première utilisation de la contraception d'urgence. (3) : nombre d'avortement effectué

Pseudonyme	Age	Niveau d'étude	Type d'occupation au moment de l'entretien	Nb de C.U (1)	Age lors de la 1 ^{ère} C.U (2)	Nb IVG (3)	Nombre de partenaires sexuels	Age du 1 ^{er} baiser	Age du 1 ^{er} rapport	Contraception(s) utilisée(s) au moment de l'entretien	Type de relation au moment de l'entretien	Lieu habitation (département)	Profession des parents
Stéphanie	24	Bac + 3	Et. École de Commerce	2	22	0	7	19	21	Pilule	Célibataire	Chez sa grande mère (75)	Mère : n.c. Père : PDG de PME
Vanessa	22	Bac	Comédienne	3	17		8	14	16	Pilule	Couple (2 ans ½)	Avec son copain (75)	Mère : employée Beau père : artisan Père : éducateur
Virginie	18	Lycée Terminale	Lycéenne	1	18	0	1	12	17	Pilule	Célibataire	Chez ses parents (94)	Mère : n.c. Père : n.c.
Wahmia	23	Bac + 1	Vendeuse	3 (ou 4)	19	1	3	15	17	Implant	Célibataire.	Chez ses parents (75)	Mère : n.c. Père : n.c.
Woulha	20	Bac + 1	Comédienne	6	18	0	10	13 ½	17	Préservatif	Couple	Avec sa mère (75)	Mère : danseuse Père : enseignant

(1) : nombre total de prise de contraception d'urgence. (2) : âge lors de la première utilisation de la contraception d'urgence. (3) : nombre d'avortement effectué

Note : Les jeunes femmes dont les prénoms comportent le signe « * » ont subi un viol. Le « premier rapport sexuel », pris en compte ici, est celui qu'elles nomment comme tel, c'est-à-dire, celui qu'elles ont souhaité.

PARTIE – II

SOCIALISATION À LA SEXUALITÉ, DU BAISER À LA CONTRACEPTION

INTRODUCTION

« Quels que soient l'âge et les circonstances de la première expérience sexuelle, elle est précédée d'une longue période à cheval sur l'enfance et l'adolescence qui conduit de l'ignorance à la connaissance, de la découverte de son corps aux premiers émois » (Sohn, 1996a, p. 136). Ainsi, le premier baiser comme entrée dans la biographie sexuelle a permis de s'intéresser à la socialisation à la sexualité des jeunes femmes rencontrées. Dans la mesure où la majorité des enquêtées a fait référence à leur premier vrai baiser (non pas celui de la maternelle, mais celui « *avec la langue* »), nous avons pu saisir à quel point celui-ci était important dans la construction de leur biographie sexuelle. Nous nous sommes également demandé si les exigences autour du premier baiser (choix du partenaire, déroulement du premier baiser...) étaient similaires à celles du premier rapport et des rapports suivants, ou bien s'il était possible de mettre en exergue des enjeux différents selon la teneur du type de relation sexuelle (baiser, rapport sexuel avec pénétration vaginale...). Le temps du premier baiser pourra mettre en évidence l'importance de l'entourage familial et amical dans le choix du partenaire et dans le déroulement des premières expériences. En effet, de nombreux travaux ont déjà souligné l'importance décisive de certaines personnes (parents, pairs, soignants) dans l'entrée dans la vie sexuelle des jeunes femmes (Ferrand, Mounier, 1993, 1998 ; Juhem, 1995 ; Charbonneau, 2003 ; Clair, 2005 ; Le Gall, Le Van, 2007). En étudiant le réseau de confidents, il s'agira de voir quelles sont les personnes sollicitées par les jeunes femmes lors du premier baiser, mais aussi de leur premier rapport sexuel, et de se demander si les mêmes personnes seront sollicitées dans le choix de leur première contraception. L'étude du premier rapport sexuel et celle de la première contraception donneront l'occasion d'une part de décrire les grands traits du scénario amoureux également mis en évidence par Didier Le Gall et Charlotte Le Van (2007), et d'autre part de souligner l'existence d'un scénario contraceptif idéal commun à la grande majorité des jeunes femmes rencontrées. Ceci aura pour but de mettre en lumière combien la socialisation comme processus de construction de l'identité est un processus interactionnel (c'est dans et par les interactions avec autrui que s'élabore une définition de soi). Ainsi, c'est à la fois la recherche de conformité et de distinction marquant le

processus de construction identitaire comme agencement entre dimensions sociales et dimensions personnelles qui se jouent dans la relation aux autres.

Constatant que le partenaire a un rôle spécifique dans la gestion de la contraception, nous avons accordé un intérêt particulier aux critères de sélection de celui-ci. Il s'agira donc dans un premier temps de comprendre comment les jeunes femmes choisissent leurs partenaires selon ce qu'elles souhaitent faire avec eux. Mais d'autres critères interviennent dans le choix de leurs petits copains puisque les figures idéales de partenaires prônées par leurs proches (parents, pairs) sont très présentes et parfois largement contraignantes. Ceci nous amènera à nous questionner sur les conditions de l'ouverture des portes du « *jardin privé* » aux proches par les jeunes femmes lors de l'annonce du premier baiser puis du premier rapport sexuel. Cela permettra de saisir les pressions avec lesquelles les jeunes femmes doivent composer lors de leurs premières fois. Pour comprendre comment les jeunes femmes vivent leurs premières fois (premier baiser, premier rapport et première contraception) et les suivantes, nous avons été amenés à aborder la question de l'information sur la sexualité en remarquant qu'elle était toujours indissociée de l'information sur la contraception pour les jeunes femmes. Par conséquent, si l'activité sexuelle n'est plus forcément reproductive aujourd'hui, l'information sur la sexualité n'est cependant jamais dissociée de sa finalité reproductive dans le discours. Nous verrons ainsi que les interlocuteurs privilégiés des jeunes femmes sont prescripteurs et proscripteurs de conduites, les mères en tant qu'accompagnatrices, les professionnels en tant que guides (la question sera ensuite de savoir si ces interlocuteurs interviennent également lors des « *échecs* » ou « *ratés* » contraceptifs, lors des utilisations de contraception d'urgence). Les trois temps pour commencer la biographie contraceptive mettront en évidence l'importance des interventions des professionnels de santé dans les choix contraceptifs des jeunes femmes.

Le partenaire sera présent dans l'ensemble de cette partie, parce que nous feront l'hypothèse que la pratique contraceptive des jeunes femmes varie selon les relations qu'elles entretiennent (ce qui nécessitera de distinguer les types de relations). Mais aussi parce que nous nous demanderons si les pratiques contraceptives diffèrent selon l'activité sexuelle (sexualité épisodique ou régulière) et les rapports sexuels vécus (désirés, souhaités, acceptés, cédés, influencés ou forcés). Saisir les différents types de rapports sexuels vécus par les jeunes femmes rencontrées devrait permettre de mieux comprendre leurs biographies contraceptives. Il s'agira donc de s'intéresser à la

socialisation à la sexualité. Cet axe d'analyse paraît d'autant plus pertinent que l'on sait que « le fait d'avoir entendu parler de sexualité dans l'enfance et dans l'adolescence et d'être à même d'en parler personnellement permet l'émergence de nouvelles normes et notamment l'adoption de comportements de prévention » (Jaspard, 2005b, p. 113). Mais aussi que « l'aptitude à parler de sexualité semble être un facteur important pour expliquer les comportements préventifs : être à l'aise dans une parole sur la sexualité permet sans doute d'aborder plus facilement le thème de la prévention des maladies qui se transmettent par voie sexuelle » (Bajos *et al.*, 1998, p. 55), et de la prévention des grossesses non désirées. Aussi, à partir du choix des partenaires, du premier baiser et du premier rapport, l'objectif sera, dans cette partie, de comprendre quels sont les interlocuteurs, parfois confidentiels, qui participent à la socialisation à la sexualité des jeunes femmes (pairs, partenaires, parents, enseignants, professionnels de santé), de manière à saisir les normes et les valeurs qu'ils véhiculent. Ceci contribuera à comprendre comment les jeunes femmes débutent leur biographie contraceptive, par l'illustration de leur première contraception. Ces éléments aideront à saisir les différents enjeux dans le choix et l'utilisation des méthodes contraceptives et permettront de comprendre les recours à la contraception d'urgence.

CHAPITRE 4 - CHOISIR SES « PETITS COPAINS » ET SES PARTENAIRES

L'objectif sera de tenter de comprendre comment s'effectuent les choix des partenaires et les enjeux qui recouvrent ces choix. Toujours du point de vue des jeunes femmes, il s'agira de voir comment le choix du partenaire peut être effectué en fonction du type de relation envisagée ; puisque « choisir un partenaire c'est rarement d'emblée élire un type spécifique de partenaire (...). C'est souvent un type de relation à l'autre qui est voulu, et le partenaire choisi offre alors des caractéristiques et a des comportements qui en font un bon candidat pour cette expérience. Cela implique des attentes spécifiques concernant le type de développement de la relation » (Levinson, 1997, p. 225). Comprendre les liens amoureux nécessite donc de prendre en compte la dynamique de la liaison dans laquelle les jeunes s'inscrivent. Le choix du partenaire, de l'amoureux, du petit copain est le résultat d'une combinaison de facteurs (déterminés au préalable par les jeunes femmes, ou non), que l'on ne peut résumer uniquement au principe d'homogamie. En effet, les critiques de la théorie de l'homogamie aident à comprendre les choix des individus à propos de leur vie affective, amoureuse et/ou sexuelle. Pour comprendre la mise en couple et le fonctionnement des couples, il est nécessaire de tenir compte des rapports sociaux de sexe (et des spécificités sexuelles) et prêter attention aux intérêts divergents des hommes et des femmes, car « un homme et une femme ne se vendent pas sur le marché matrimonial de la même façon » (Singly, 1987, p. 197)¹. Par ailleurs, « les facteurs homogamiques (proximités spatiale, éducative, socio-culturelle) qui pourraient vraisemblablement justifier l'engagement de la liaison se révèlent progressivement comme autant de facteurs d'hétérogamie justifiant sa rupture » (Maillochon, 1998, p. 115). Ainsi, « dans les détails les plus fins de la vie quotidienne, les futurs partenaires découvrent la possibilité de s'unir parce qu'ils ont un langage commun. Mais en même temps, la recherche est aussi celle de complémentarités, donc de différences, de nature très diverses » souligne Jean-Claude Kaufmann (2003, p. 12). Pour l'auteur, c'est non seulement la recherche de ressemblances mais aussi de

¹ Pierre Bourdieu a reconnu aux acteurs la capacité de développer des stratégies, afin notamment de faire face à des situations imprévues et sans cesse renouvelées, même si, selon lui, ces stratégies ne sont bien souvent que des stratégies de reproduction.

complémentarités qui est importante pour les individus : « l'autre doit être aussi proche que possible, tout en apportant une richesse particulière, faite de ce dont l'on est le moins doté. (...) L'articulation ressemblances/différences est centrale dans la formation du couple. Il s'agit d'un processus dynamique et complexe, lié à la recomposition des identités, donc à l'histoire particulière de la personne, qui ne peut être rendu par une comptabilité séparée des ressemblances et des différences » (Kaufmann, 2003, p. 24)². Mais surtout, la théorie de l'homogamie ne permet pas de comprendre tout ce qui se joue dans les relations amoureuses et affectives, des jeunes en particulier, puisqu'elles se sont surtout centrées sur les couples adultes en mettant l'accent sur la conjugalité, les enjeux de la vie conjugale et la dimension matrimoniale³. En effet, les histoires amoureuses des jeunes ne peuvent se confondre avec celles de leurs aînés, puisque les objectifs de ces relations divergent : les jeunes sont moins à la recherche d'un couple durable ayant pour finalité la reproduction et la famille que la découverte de soi et l'acquisition d'expérience en matière de sexualité. Les stratégies des jeunes qui se jouent dans la sélection différentielle des partenaires successifs ne visent pas forcément la reproduction, mais apparaissent surtout structurées par des différences de genre (Maillochon, 1998). Il s'agira dans ce chapitre de prendre en compte le contexte dans lequel s'opère le choix du partenaire pour le premier baiser et le premier rapport, ce qui devrait apporter des informations sur le processus de décision des individus. On cherchera à comprendre ce qui « motive », ou peut motiver, les jeunes femmes à choisir tel ou tel partenaire pour « sortir » ou « coucher » avec lui, et à mettre en lumière l'existence des scénarios des premières fois, pour comprendre comment, et à qui, les jeunes femmes qui s'en écartent racontent ces événements et si ce sont les mêmes interlocuteurs qui sont mobilisés par les jeunes femmes lorsqu'elles s'écartent du « scénario contraceptif » valorisé. L'intérêt sera d'abord porté sur le lieu de rencontre du partenaire, puis sur ce que les jeunes femmes souhaitent faire avec lui et enfin, ce que ce dernier représente pour elles, pour leurs amies, pour leurs parents.

² Aujourd'hui, plus d'une union sur deux n'est pas homogame, la majorité des choix non conformes à la règle homogamique est en elle-même la preuve que tout n'est pas décidé par avance dans un petit marché fermé. Les acteurs conservent, fort heureusement, une marge de jeu.

³ Dans les études sur la jeunesse, on a considéré jusqu'à l'enquête ACSJ (1997) les critères de l'homogamie seulement pour expliquer le choix des amis et la construction des groupes de pairs (Maillochon, 1998).

1. LIEUX DE RENCONTRES

Dans le souci d'étudier les modalités de sélection des partenaires, il est important de savoir quels sont les différents lieux de rencontres, et quelle influence ces lieux peuvent avoir sur les relations affectives. L'étude des rencontres dans les établissements scolaires, les soirées d'ami(e)s, les vacances, les boîtes de nuit, les centres commerciaux et Internet, aura pour objectif de mettre en lumière la diversité des lieux de rencontres et les différentes représentations qui leur sont associées ; les motivations des jeunes femmes pour choisir leurs partenaires et le lieu de rencontre étant fortement liés avec ce qu'elles souhaitent faire avec ces derniers.

S'attacher aux lieux de rencontres des jeunes c'est pouvoir saisir la construction de la relation affective entre les partenaires ; par « lieux » il s'agit des différents endroits où les jeunes femmes ont raconté avoir rencontré et/ou fréquenté leurs partenaires. En effet, rencontrer un jeune homme en boîte de nuit ou au lycée n'induit pas les mêmes attentes concernant le type et le déroulement de la relation. Les précédentes recherches sur la constitution des couples ont mis l'accent sur l'importance du lieu de rencontre, et ont opposé les espaces privés aux espaces publics (les premiers sont réservés aux classes supérieures, les seconds aux classes populaires (Bozon, Héran, 1987, 1988)). Les auteurs constatent 1960 et 1984 un déclin de certaines formes de rencontre liées aux communautés locales (bals, fêtes publiques, voisinage), et le développement de nouvelles formes inscrites dans les loisirs des jeunes (discothèques, fêtes entre amis). De manière simultanée, les rencontres se produisant dans le cadre d'une sociabilité privée connaissent un certain regain⁴. Cette distinction faite entre espaces publics et espaces privés, espaces ouverts et espaces fermés, paraît utile pour comprendre les rencontres ; aux lieux d'études ou de travail, il faut ajouter la diversité des activités de loisirs et des lieux publics⁵ (la rue, le quartier, le café, les commerces, le jardin public, le centre commercial ou les transports en commun). Mais les rencontres par réseaux de sociabilité privés ne sont pas pour autant inexistantes (cette sociabilité privée est plus

⁴ Depuis les années 1960, les boîtes de nuit, les lieux de vacances et les lieux d'étude favorisent les rencontres, et les relations sexuelles précoces ; et inversement les rencontres par le voisinage ou au domicile d'une personne privée, sans doute plus contrôlées par l'entourage, correspondent à des relations sexuelles plus tardives (Bozon, 1991a, p. 79).

⁵ Dans les années 1920, deux mariages sur trois étaient conclus à la suite d'une rencontre au bal, au travail, dans le voisinage ou à l'occasion d'une visite chez un particulier (relation des parents). Les rencontres par voisinage ne sont plus aujourd'hui les principales sources de rencontres, cela s'explique par l'exode rural et le desserrement de l'interconnaissance villageoise, rappellent Michel Bozon et François Héran. « Ce recul manifeste aussi le refus de plus en plus marqué de rencontres qui présentaient l'inconvénient de se dérouler sous le regard attentif de la communauté » (Bozon, Héran, 1989, p. 63).

urbaine et plus bourgeoise rappellent Michel Bozon et François Héran). Les lieux d'étude, les fêtes entre amis et, dans une moindre mesure, les vacances, favorisent peu une diversité des réseaux amicaux et sociaux, ces lieux de rencontres se rattachent à des formes plus générales de sociabilité, entretenant de solides affinités avec les milieux sociaux. En ce qui concerne les rencontres dans les bars, les boîtes de nuit ou sur Internet (les plus fermés des lieux ouverts), le caractère sélectif est moindre mais existe puisque leur accès est limité par un ou plusieurs critère(s) : n'importe qui n'a pas accès à n'importe quelles boîtes de nuit. Concernant les vacances, on ne fait pas les mêmes rencontres à la piscine municipale (publique) qu'à la piscine du camping (privée) par exemple. Ainsi, on constate qu'il existe de solides affinités entre lieux et milieux, comme le faisaient déjà remarquer les recherches précédentes sur le choix du conjoint. Mais ce n'est pas parce qu'on a des chances plus grandes de rencontrer une personne du même milieu social dans les lieux que l'on fréquente que l'on va former un couple avec elle, un autre élément conditionne la rencontre : on doit éprouver pour cette personne sinon un sentiment amoureux, du moins une attirance affective et/ou physique. De plus, même si l'homophilie est marquée chez les jeunes, puisqu'ils ont des cercles sociaux peu diversifiés, « penser qu'ils soient pour autant indifférenciés serait compter sans l'infinie subtilité des procédures de classements sociaux, exacerbées au moment de l'entrée dans la vie adulte » rappelle Claire Bidart (1997, pp. 237-238).

2. ATTENTES ET DESIRS DES JEUNES FEMMES

S'il peut favoriser une rencontre, le type de lieu n'est pas le seul indicateur déterminant dans la construction de la relation. Les jeunes femmes déclarent choisir différemment leur partenaire selon ce qu'elles pensent faire avec lui, en termes de projection dans le temps et dans les actes. Elles ne mobilisent pas les mêmes critères de sélection si elles espèrent une relation longue ou une relation brève, selon qu'elles cherchent un « *mec avec qui sortir* » (avec qui on échange baisers et caresses) ou un « *mec avec qui coucher* » (avec qui on imagine avoir des rapports sexuels). Ces différentes manières de voir et d'anticiper leur vie sexuelle ne sont pas seulement liées aux pratiques ; l'âge des jeunes femmes implique des manières différentes de voir les choses, d'interpréter les signes et les événements. Ainsi, la temporalité d'une relation est variable selon l'âge des partenaires mais également selon leur « bagage amoureux ». Ceci permettra de mettre en lumière des modalités supplémentaires intervenant dans le processus de sélection des

partenaires, puisque les individus sont pris dans des relations qui conditionnent à la fois leurs orientations (ce qu'ils souhaitent faire) et leurs possibilités (ce qu'ils peuvent faire). Enfin, puisque les jeunes femmes ne sont maîtresses que d'une partie seulement de la relation affective, certaines se retrouvent à vivre une histoire différente de celle qu'elles avaient prévue.

2.1. **Anticiper la durée et l'intensité de la relation**

Les rencontres présentées ici sont celles pour lesquelles les jeunes femmes étaient les initiatrices, de manière à saisir les arguments mobilisés et comprendre leurs attentes. Souhaiter avoir une relation d'une certaine durée implique une anticipation du type de relation affective.

L'aspiration à vivre une relation « *courte* » ou « *longue* » dépend entre autres de l'âge et de la biographie sentimentale des enquêtées. Dans le corpus, les plus jeunes aimeraient avoir une relation « *longue* », où le sentiment amoureux serait réciproque, pour pouvoir avoir le temps d'officialiser la relation en public (auprès des pairs surtout). Elles sont nombreuses à chercher à vivre une relation amoureuse « d'adulte » (en partie durable et visible). Ce type de relation amoureuse, perçue comme signe de maturité et de stabilité, protège des jugements négatifs des pairs sur la conduite amoureuse et révèle une dimension identitaire individuelle. Au lycée, les relations amoureuses les plus longues sont les plus valorisées par les pairs car elles constituent les « vraies histoires ». Kelly par exemple a bénéficié du « label » « *couple de l'année* » dès la 6^{ème} puisqu'elle est restée un an et demi avec Ibrahim.

« C'était le mec d'une copine à moi, on était tous au collège. Et je suis tombée amoureuse de lui. Je disais à toutes mes copines "Oh Ibrahim" et tout... "faut que je sorte avec lui". Et à ce moment là on faisait la gueule à Carla et on était en 6^{ème} tu vois... et donc on a cassé leur coup. Et après il est sorti avec moi. Voilà. Après on est resté ensemble (...). Tout le monde au collège l'a su (...). Et voilà. Mais c'était vraiment le couple de l'année. Tellement tout le monde disait "Kelly-Ibrahim" (...). Avec Ibrahim, je suis restée un an et demi. » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

L'estimation de la durée d'une relation est subjective et donc relative à chaque enquêtée, selon les références que celles-ci mobilisent pour penser à une relation longue. Néanmoins, certains traits communs sont perceptibles. Pour les plus jeunes (15-20 ans), lycéennes, une relation est considérée comme « *longue* » à partir de 2 ou 3 mois ; tandis que pour les plus âgées (20-25 ans), une relation commence à être « *longue* » à partir de 6 mois, mais elle « *dure longtemps* » à partir du moment où elle

se compte en années. L'explicitation d'une relation « *courte* » fluctue de manière identique. Si les plus jeunes cherchent à avoir une relation « *longue* » c'est parce qu'elle est inédite. Elles envient celles qui y parviennent, y associent le signe d'une double réussite personnelle : parvenir à rester avec quelqu'un et avoir su choisir un « *mec bien* ».

À l'inverse, celles qui ne désirent pas de relation longue en ont souvent déjà vécu une. Elles cherchent alors plus de facilité et plus de liberté dans une nouvelle relation, marquée par un investissement moins fort dans la relation. Par exemple, à la suite d'une relation longue, sortir avec un jeune homme très temporairement les rassure dans leur capacité à plaire, à séduire ; cela contribue à revaloriser leur identité féminine. Elles disent ne plus avoir besoin de se prouver ni de prouver aux autres qu'elles peuvent « *garder un mec* », même si, pour elles aussi, les relations longues demeurent les plus légitimes. Il peut s'agir aussi d'un défi entre copines (faire un pari dont le but est de sortir avec tel ou tel jeune homme) ; ou enfin par envie de plaire sans avoir à assumer les conséquences d'une relation plus intime. Les jeunes femmes qui œuvrent dans l'optique d'avoir une relation courte (« *flash* ») s'autorisent à sortir avec « *un peu n'importe qui* ». Elles baissent leurs exigences personnelles établies auparavant, puisque l'objectif prioritaire est d'avoir un partenaire temporairement. Stéphanie, par exemple, insiste sur le fait de ne pas avoir été attirée physiquement par plusieurs de ses conquêtes « *des garçons au physique parfois très ingrat* », Virginie raconte avoir déjà eu un petit copain qui n'avait pas le même style vestimentaire que celui qu'elle apprécie⁶ (le style « *Sheppeur*⁷ »).

« *Je ne pensais pas que j'étais capable de sortir avec un Wesh, mais on a bien rigolé !* » (Virginie, 18 ans, lycéenne)

⁶ Les critères de jugement sont multiples, les pratiques vestimentaires représentent l'une des formes d'expression d'identité sociale, d'appartenance à un groupe, et sont un critère possible de jugement. Ce qui est perçu comme très à la mode par une fraction du marché pourra être très dévalorisant pour une autre. Le style vestimentaire « *skateur* » est plutôt décontracté, large, urbain, mais se distingue par le choix des marques et les manières de porter les vêtements de style « *hip-hop* ».

⁷ Virginie définit le style « *Sheppeur* » comme étant « *le style des Teuffeurs, c'est-à-dire baggy, grosses pompes de skate, habillé tout en large en bref. Par contre les vrais Sheppeurs ont vraiment une mentalité sympathique, l'ambiance avec eux est conviviale et agréable... en bref les Sheppeurs ce sont les personnes que l'on voit aux tekos [technivals]* ». Elle oppose les « *sheppeurs* » aux « *wesh* » qui sont habillés en jogging-casquette-basquettes. Elle définit ce style comme étant « *le style racaille, c'est le genre de personnes qui met des joggings, baskets, qui croient que tout leur est dû...* » dit-elle. Elle le distingue également du style « *fashion wesh* » : « *En hiver, heureusement, il y a le petit col roulé qui le rend classe. Mais c'est surtout dans sa façon de parler avec ses potes. Langage incompréhensible* ».

Pour échanger baisers et caresses, ces jeunes femmes disent ne pas avoir été trop exigeantes, sachant d'avance que la relation ne durerait pas. A contrario, lorsqu'elles cherchent « *le bon* », ou celui avec qui elles partageront un « *vrai truc* », les critères habituels de choix du partenaire sont davantage mobilisés, les concessions faites dans le cas précédent sur le style vestimentaire, le physique, le capital culturel ou l'entente et l'acceptation du groupe de pairs ne sont plus de mise.

Les techniques de drague diffèrent selon le type de relation envisagée : moins visibles, moins claires, moins directes, au sens où l'on préfère ne pas donner toutes les cartes au futur partenaire ; les jeunes femmes cherchent à se protéger et conservent une partie du « *mystère* » pour se rendre plus attirantes. Les critères du choix du partenaire ne sont donc pas immuables, les jeunes femmes les adaptent selon qu'elles envisagent de rester avec lui le temps d'un instant ou un certain temps. Par ailleurs, on remarque que c'est surtout en fonction de leur âge que les jeunes femmes se projettent dans différentes formes de relations, certaines sont à la recherche d'un petit ami durable, quand d'autres cherchent une aventure éphémère. Aussi, il semblerait que parmi les jeunes femmes rencontrées, ce soient les plus « âgées » (22-25 ans), celles qui ont une biographie sexuelle relativement variée qui expriment la possibilité d'avoir une sexualité en dehors de tout projet de couple, même si elles aspirent toutes à construire une relation à deux.

2.2. « *Sortir* » ou « *coucher* », des enjeux différents

Choisir par avance la durée de la relation avec le partenaire implique de maîtriser ce que les jeunes femmes veulent faire avec lui. En effet, les entretiens ont permis d'observer que l'on ne choisit pas de la même manière un partenaire avec qui l'on veut sortir et celui avec qui l'on veut avoir des rapports sexuels. On distingue ces deux types de relations par la valeur que les jeunes femmes prêtent au rapport sexuel et aux baisers-caresses, mais également par les sentiments qu'elles éprouvent pour leurs partenaires. Si avoir une relation courte est moins impliquant qu'avoir une relation longue, pour les jeunes femmes interrogées, sortir avec quelqu'un paraît moins engageant qu'avoir un rapport sexuel. « *Sortir avec* » peut être un jeu, « *coucher ensemble* » fait moins l'objet de rigolades amicales.

L'expression « *sortir avec quelqu'un* », utilisée quotidiennement par les jeunes, y compris hors du contexte des aventures amoureuses, rend la définition ambiguë⁸ : on *sort* avec ses copains, mais on *sort* également avec son petit ami. Ce que souligne Olivier Choquet : « *sortir avec quelqu'un* signifie souvent entretenir avec lui une relation affective ou amicale. N'ayant pas la possibilité de recevoir chez eux de façon autonome, ils doivent « *sortir* » pour se voir. » (1988, p. 25). L'exemple de Kelly permet de comprendre comment, pour pouvoir déclarer « *sortir avec quelqu'un* », l'accord de cette personne est nécessaire et peut suffire pour marquer le début d'une relation spécifique (ce qui explique pourquoi Kelly et Mathieu se sont embrassés trois jours après le début de leur histoire).

« Un jour Mathieu m'appelle, je fais « Allooo ? » et il me fait « ouais c'est bébé », je fais « ça va ? Pourquoi tu m'appelles ? » et là y a eu un blanc... et là je me suis dit ah qu'est-ce que je vais lui dire ? Et bon je lui ai dit « hé au fait pour les trucs de Thomas c'est faux hein ? ». [Thomas, ami de Mathieu, a dit à Kelly que Mathieu était d'accord pour sortir avec elle] Il me dit « non c'est pas faux » je lui dis « c'est vrai ? ». Oh comment j'étais trop contente ! On est restés jusqu'à 11h au téléphone. J'ai raccroché, j'ai hurlé « ouais je sors avec Mathieu nanani. Et le lendemain je la vois arriver [sa meilleure copine] et tout et je lui ai dit « ça y est on sort ensemble » j'étais trop heureuse. Trop, trop, trop ! » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Pour beaucoup d'enquêtées, embrasser a pu faire l'objet de jeux, de paris, à l'image de parties *d'action ou vérité*⁹, ce qui n'a pas été le cas pour les rapports sexuels. Les jeux comme « *action ou vérité* » ont pour fonction principale la socialisation sexuelle des corps, « le jeu se justifie par le plaisir des interactions qu'il entraîne » (Lepoutre, 1999, p. 181) puisqu'il n'y a ni gagnant ni perdant. Ces jeux contribuent à l'affirmation et à la reconnaissance des identités sexuées des acteurs. Toutefois, si la présence du groupe oblige les individus à surmonter leur timidité et à exécuter ce qui leur est demandé, il y a toujours une certaine limite : les rapports sexuels ne sont jamais cités parmi les paris entre copines, aucune n'a raconté avoir eu un partenaire au cours d'un jeu entre amis. La construction de l'identité sexuelle s'exprime par la maîtrise des apparences et des jeux rituels, ce que David Lepoutre appelle une mise en scène sociale des corps (1999).

⁸ On peut croire à un relatif consensus autour de l'expression « *sortir ensemble* », des nuances apparaissent derrière les mots. Dans les définitions recueillies, les jeunes femmes s'accordent toutes pour dire que « *sortir ensemble* » signifie au moins embrasser avec la langue (par opposition au *smack* qui signifie un baiser sur les lèvres sans contact entre les langues).

⁹ Le jeu « *Action ou vérité* » consiste à se réunir entre ami(e)s, en groupe mixte, où chacun devra soit répondre la « *vérité vraie* » à une question, soit avoir un gage et donc passer à l'action. Les gages sont davantage portés sur la sexualité que sur le sport quand on joue en groupe mixte : il s'agit d'embrasser avec ou sans la langue untel ou unetelle, sous le regard du reste du groupe. De nombreuses jeunes femmes nous ont raconté avoir joué à ce jeu ; aucune n'a déclaré avoir eu ou donné comme gage un rapport sexuel. Caroline explique « *C'est pour rigoler, simplement pour rigoler, on les fait s'embrasser, et tout... maximum faut se toucher... mais ça va jamais plus loin !* ».

Les exigences seront plus fortes et mieux définies si les jeunes femmes souhaitent avoir un rapport sexuel. Celui-ci étant très concrètement intime, cela induira des exigences de précautions, notamment autour de la transmission des IST (dont le sida) qui ne sont pas toutes perçues (ni connues) de manière identique. On retrouve dans les discours l'une des normes encadrant la sexualité qui souligne que le rapport sexuel est le lien le plus intime lors duquel la femme se donne et donne une partie d'elle, ce qui n'a pas d'égal avec les relations sexuelles sans pénétration. Toutes celles qui ont eu des relations brèves déclarent avoir choisi leurs partenaires en fonction de critères qu'elles ont elles-mêmes définis, mais qui ont été influencés par ceux de leurs pairs, de leurs parents et des magazines. Si « *les filles aussi ont le droit de tirer un coup* », comme le revendique Lilly, elles ne le font pas avec n'importe qui et dans n'importe quelles conditions.

« Les filles aussi ont le droit de tirer un coup ! Et c'est pas pour autant des salopes ! (...) c'est pas parce que j'ai eu plein d'amants dans ma vie que je suis pas capable d'avoir une relation sérieuse avec quelqu'un si je rencontre quelqu'un qui m'intéresse réellement. (...) Et puis j'ai pas de règle dans ma tête : « nan je ne couche pas dès le premier soir » ça je trouve ça... ça m'intéresse pas ! Je pense que c'est des considérations d'enfants enfin d'adolescents ! Euh si le mec en face de moi est pas assez mûr pour comprendre ça... ou que c'est parce que la fille a couché le premier soir et bah ça peut pas aller plus loin et bah ça m'intéresse plus et puis le test il est déjà fait comme ça ! » (Lilly, 23 ans, comédienne)

Plusieurs enquêtées affirment que si elles peuvent embrasser « *un peu n'importe qui* », elles sont plus pointilleuses quand il s'agit d'avoir un rapport sexuel, il y a davantage de sélection. Parmi les jeunes femmes qui ont eu de nombreuses expériences sexuelles, comme Lilly ou Aurélia, la prégnance de la norme du cadre affectif pour une relation sexuelle est sensible. Même si elles revendiquent le droit d'avoir une sexualité libérée, elles précisent, à plusieurs reprises, qu'elles opèrent une sélection dans le choix des partenaires sexuels, même ceux d'une nuit.

« Pour que j'imagine avoir une relation sexuelle avec un gars, faut qu'il me plaise un minimum, faut qu'il m'attire... sinon je peux pas ! » (Lilly, 23 ans, comédienne)

Si les jeunes femmes ont moins d'attentes dans les relations courtes, il faut un « *minimum* » d'attraction pour avoir un rapport sexuel. On trouve dans leurs récits une intériorisation des attentes sociales conduisant les jeunes à intégrer dans leurs choix les jugements portés sur les femmes qui ont des expériences sexuelles multiples, puisqu'elles se sentent dans l'obligation de se justifier. Les jeunes femmes ont tendance à d'abord raconter les expériences qui ont « *compté* » et à insister sur le caractère sélectif du choix de leur(s) partenaire(s). « *Malgré les nombreuses transformations qui ont affecté la situation des femmes dans la famille et dans la société, l'expérience de la*

sexualité reste profondément marquée par de doubles standards de sexe, qui structurent les conduites au fil de la vie et les perceptions que l'on en a, et stigmatisent les « déviances » : ainsi, il existe toujours une suspicion à l'égard des femmes qui ont plusieurs partenaires, même dans la succession (femmes faciles), ou de celles qui n'en ont pas (femmes incomplètes ou frustrées) » (Bozon, 2004, p. 24).

En matière de relations amoureuses dans les couples des jeunes femmes, tous les éléments stratégiques avancés sont subjectifs, que ce soit les critères de sélection des partenaires ou la classification de durée des expériences. Jusqu'à présent, nous avons vu qu'en fonction de la durée de la relation souhaitée, mais aussi de ce que les jeunes femmes sont prêtes à faire avec leurs partenaires, celles-ci mobilisent des critères de sélection différents, et si certains suffisent pour « sortir ensemble », ils ne suffisent pas forcément pour avoir un rapport sexuel. Ainsi, si les jeunes femmes affirment pouvoir choisir leurs partenaires et le type de leurs relations, elles ne sont toutefois pas seules décisionnaires dans la relation naissante, elles ne peuvent anticiper les surprises émanant de leurs partenaires.

Après avoir confronté les propos de jeunes femmes d'âges différents, on remarque que c'est davantage la biographie affective que l'âge des enquêtées qui joue un rôle dans les critères de jugement d'une relation courte ou longue. Quand les plus jeunes citent les histoires qui ont duré une journée, voire le temps d'un flirt, les plus âgées, elles, ne parlent que de celles qui ont duré une semaine ou plus, les autres aventures, les « *petits coups* », sont occultées et ne sont racontées qu'après plusieurs relances ; on constate qu'il en va de même pour celles ayant une brève biographie sentimentale et celles qui en ont une plus fournie. Leila, par exemple, fait le bilan de ses relations et parle d'abord des partenaires dont elle est a été amoureuse, ensuite des histoires qui ont duré dans le temps et ce n'est qu'après plusieurs relances qu'elle répond sur les petits copains qu'elle a eu entre son premier bisou et sa première « *grande* » histoire.

« Déjà lui [le premier embrassé]. Après j'pense que j'ai dû sortir avec un autre mec qui s'appelait, je pense pas j'suis sûre, qui s'appelait Luigi. J'suis restée... deux semaines avec lui. Et ça a été que des petits coups comme ça. Après j'suis restée avec un mec qui s'appelait Etienne aussi pendant une semaine... » (Leila, 24 ans, sans profession)

Certaines ont espéré une relation longue, se sont projetées dans le temps avec le nouveau partenaire, mais se sont retrouvées seules peu de temps après. Le partenaire ne cherchant qu'une relation courte ou passagère, l'inadéquation des désirs des deux partenaires est fréquente, c'est ce que les jeunes femmes nomment une « déception

amoureuse » ou un « râteau ». À l'inverse, certaines ont été surprises d'avoir une histoire plus longue que prévue, avec des jeunes hommes qui *a priori* n'avaient rien à voir avec elles (ils ne combinaient pas les critères minimum pour une relation durable). La perte de contrôle du déroulement de la relation en raison de la modification du contenu initialement prévu est souvent déstabilisante pour les individus, « il semble qu'il soit plus facile de choisir au début de la rencontre le type de traitement qu'on attend des autres et celui qu'on leur réserve, que de modifier le type de traitement adopté, dans le cours même de l'interaction » (Goffman, 1973a [1959], p. 19).

Pour les jeunes femmes, le choix du partenaire est donc fonction en partie seulement du lieu de rencontre et du type de relation envisagée, il est également déterminé par ce qu'il représente aux yeux de l'entourage des jeunes femmes, du groupe de pairs et des parents en particulier.

3. TROIS FIGURES DU « PETIT COPAIN »

Les jeunes femmes choisissent leurs partenaires en fonction de ce qu'ils représentent pour elles et pour leur entourage. Comme le souligne David Lepoutre, les jeunes se préoccupent de l'évaluation des attributs physiques et esthétiques et des performances sentimentales de leurs pairs (1999). Mais le choix du petit copain ne dépend pas uniquement de son style vestimentaire, de la musique qu'il écoute ou de son niveau scolaire. L'âge est un élément important dans le processus de socialisation amicale (Bidart, 1997), et il l'est également dans les rencontres amoureuses puisqu'il permet aux individus de se situer réciproquement¹⁰. Les premières relations de flirt sont conclues entre personnes d'âges proches et la supériorité de l'âge du garçon ne s'instaure qu'au cours des premières relations sexuelles.

Le choix du partenaire et la présentation de celui-ci aux proches, en fonction des représentations que les jeunes femmes se font des critères valorisés par leurs interlocuteurs, permettent de comprendre pourquoi les différents petits copains des jeunes femmes n'ont pas rencontré les mêmes proches. Ces derniers n'ayant pas les mêmes exigences en matière de partenaire amoureux, des tensions émergent entre les attentes des pairs, celles des parents et les envies personnelles des jeunes femmes.

¹⁰ L'âge est souvent évoqué dans les entretiens concernant le choix des partenaires. Plus secondairement semblent intervenir l'origine géographique et le type d'occupation (le lycée, la classe pour les scolarisées ou l'activité professionnelle pour les autres).

Ainsi, on peut distinguer trois figures de partenaires : le « *mec idéal* » pour elles seules, le « *beau gosse* » valorisé par le groupe de pairs, et le petit ami « *présentable* » aux parents. Ces trois figures du petit ami permettront de saisir les tensions qui se jouent dans la présentation du partenaire, puis dans les choix contraceptifs. En effet, certaines méthodes contraceptives sont conditionnées par le déroulement des relations (puisque prendre la pilule c'est « *faire les choses bien* » pour de nombreuses jeunes femmes, la relation doit être considérée comme suffisamment satisfaisante pour donner lieu à ce type de contraceptif). Ceci nous amène à nous demander si un certain type de partenaire n'implique pas une certaine contraception, autrement dit dans quelle mesure le choix du partenaire intervient dans la pratique contraceptive. Par ailleurs, à partir du constat que les proches peuvent intervenir dans le choix du partenaire (choix pourtant considéré et revendiqué comme très « *personnel* » par les jeunes femmes), nous avons fait l'hypothèse que des proches pourront aussi être amenés à donner leur avis sur la méthode contraceptive. L'objectif sera donc de saisir le rôle et l'influence du réseau relationnel sur le processus décisionnel des jeunes femmes.

3.1. **La recherche du « *mec idéal* »**

Le portrait du partenaire idéal est variable selon l'âge, la biographie sentimentale et la classe sociale des jeunes femmes mais aussi selon leurs loisirs (sport, musique) par exemple. Il n'y a pas de consensus global sur les caractéristiques du « *mec idéal* », pour reprendre leurs mots. Elles énoncent toutes l'importance du capital physique, même si celles de classe sociale supérieure ont plus tendance à dire qu'elles ne souhaitent pas un « *musclor*¹¹ » ; puis viennent les divergences entre celles qui souhaitent un mec « d'abord protecteur » (comme Élise, Farida ou Sandra) et celles qui cherchent un mec « d'abord à leur écoute » (comme Angélique, Roseline ou Amélie), ce qui avait été également observé par Pascal Duret (1999).

Le « *mec idéal* », dont parlent les enquêtées, doit leur manifester une attention particulière : « *il faut qu'il fasse des trucs fous pour moi* » insiste Fatima (24 ans). En résumé, les jeunes femmes prêtent à cet « homme idéal » des traits physiques, des caractéristiques sociales et morales précises, comme le met en exergue Philippe Juhem à propos des relations amoureuses des lycéens : « l'établissement d'une relation

¹¹ En référence au dessin animé des années 1980 « Musclor et les Maîtres de l'Univers », diffusé à la télévision entre 1983 et 1990.

relativement stable ne dépendra pas seulement du pouvoir d'appréciation de l'arène [comprendre le groupe de pairs] mais aussi de l'agrément qu'y trouvent les transacteurs. Dans le cadre d'un couple, la consommation et la jouissance de l'autre s'opèrent de multiples façons dont seules certaines sont immédiatement publiques. Les propos du partenaire, ses plaisanteries, ses gestes anodins peuvent être chargés d'un charme particulier, puisque adaptés à l'agent qui l'a choisi. En outre, l'affection et la tendresse que se procurent les membres du couple apparaissent et s'approfondissent durant la relation » (Juhem, 1995, p. 39).

Les jeunes femmes évoquent plusieurs figures de partenaires, correspondant chacune à des attentes particulières. Stéphanie, qui ne ressentait pas de plaisir lors de ses premiers rapports, a multiplié les relations en quête de sensations, suivant parfois à la lettre ce qu'elle avait pu entendre ou lire dans les magazines féminins des amies de sa mère.

« J'ai eu deux copains avec qui j'ai eu des relations suivies sur deux mois, avec qui j'ai eu zéro sensations. Donc je me suis quand même inquiétée (rires). Je me suis dit : j'ai fait le mec en qui j'ai confiance, celui dont je suis super pote, par Internet j'ai rencontré un gars et j'ai couché avec lui sans le connaître et donc je me suis dit peut-être que l'inconnu... j'ai essayé ça n'a pas marché... euh... donc j'ai fait le gars avec qui j'étais pseudo amoureuse... Rien. » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Les quatre figures de partenaire énumérées par Stéphanie sont intéressantes puisqu'elle reprend les grandes figures de partenaire auxquelles font référence ses copines ou les magazines. La jeune femme distingue le partenaire de *confiance*, car expérimenté, avec qui elle se sent en sécurité¹², *l'amoureux* pour lequel ses sentiments sont plus forts qu'envers les autres, *le meilleur ami* qu'elle connaît depuis longtemps, qui est aussi son confident, et *l'inconnu* qu'elle n'a rencontré que très peu de temps avant le premier rapport sexuel. Elle a, selon elle, testé les principales façons d'être partenaire, et les différentes configurations relationnelles pour trouver du plaisir, mais n'a pas pour autant été satisfaite. C'est lorsqu'elle s'y attendait le moins qu'elle a réussi à avoir du plaisir avec un partenaire.

Selon leurs biographies sentimentales personnelles, les jeunes femmes sont plus ou moins attentives à l'expérience de leurs partenaires en matière de relations sentimentales et sexuelles. Comme on peut l'observer dans l'étude du premier rapport,

¹² En raison de l'expérience passée du partenaire, la jeune femme peut davantage se laisser guider lors de sa première fois, lui faisant confiance quant au déroulement du premier rapport comme l'expliquait Anne-Lise « *Un mec qui a déjà de l'expérience, ça donne confiance car tu sais qu'il sait comment faire pour que ça se passe bien. Le fait que ça soit pas un débutant ça fait que bon... tu te dis qu'il y en a au moins un des deux qui gère la situation (rires)* ».

si certaines cherchent (ou ne voient pas d'inconvénient) à avoir un partenaire également novice (surtout pour les jeunes femmes ayant eu un premier rapport « précoce »), d'autres préfèrent vivre leur première fois avec un jeune homme ayant de l'expérience, gage d'assurance du bon déroulement du premier rapport sexuel (le plus fréquent chez les jeunes femmes ayant eu un premier rapport à un âge « tardif »). Même après le premier rapport sexuel, l'expérience reste un critère important pour choisir son prochain partenaire : il faut qu'il ait eu des relations, sans en avoir eu trop (l'évaluation du « trop » étant variable). Cependant, les jeunes hommes n'ayant eu que des relations d'un soir ne présentent pas de gages de sécurité ni de stabilité satisfaisants pour devenir « petit ami » ; les jeunes femmes sont alors plus « méfiantes ».

Le jeune homme doit être expérimenté mais pas trop, donner l'impression d'avoir encore des choses à découvrir (un jeune homme vantant la diversité de ses rapports sexuels impressionne, ce qui ne le rend pas pour autant désirable), des valeurs positives sont associées dans une certaine mesure à son expérience. Le partenaire expérimenté est souvent plus âgé et a déjà fait son apprentissage sexuel. Sa pratique lui confère la possibilité d'« apprendre » le rapport sexuel à sa partenaire, de la guider pendant l'acte ; les descriptions des jeunes femmes convergent vers l'idée que l'expérimenté est plus doux, plus attentif et plus patient qu'un novice, parce qu'il a de l'expérience ; il se montre à son aise, ce qui rassure. Par opposition à l'expérimenté, on trouve dans les entretiens des traces verbales convergentes pour parler de l'inexpérimenté, le novice, le « *puceau* », celui qui, par manque d'expérience, ne sera pas en mesure d'initier sa partenaire au plaisir lors de son premier rapport. Entre deux partenaires égaux en matière d'expériences, il apparaît que le premier rapport se déroule davantage sous l'angle de la technique, du comment faire, plutôt que du plaisir. Les figures de l'expérimenté et du meilleur ami nous permettent d'approfondir la définition des critères du « mec idéal ».

Le défi d'une relation amicale mixte (homme/femme) est de réussir à lever toute ambiguïté sur une relation sexuelle potentielle. Presque toutes les jeunes femmes rencontrées s'accordent à dire qu'il est périlleux d'avoir une relation sentimentale avec un ami, en particulier avec son meilleur ami. L'essentiel est de réussir à « poser » une amitié en début de relation, puis à la maintenir au fil du temps.

« J'ai vraiment des potes sans ambiguïté (...). En tous cas, au début, tu parles pas du tout de ça [sexualité] parce que tu poses une amitié, et puis après bah voilà (...). J'ai appris beaucoup de choses avec eux. Quoi de mieux que de parler avec le point de vue opposé ? » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Déplacer le lien préalablement établi entre les individus, du confident au partenaire, n'est pas sans risque, le changement de relation peut entraîner une rupture du lien amical et du lien sentimental. Dans sa quête de plaisir, Stéphanie a eu une relation avec son « *super pote* », pensant que c'était la confiance en l'autre qui lui manquait pour ressentir du plaisir. Ce fut un double échec : elle n'a pas ressenti davantage de « *choses* » et s'est fait juger par ses pairs. En effet, ce type de relation est peu valorisé par les amis. En raison des codes établis, il semble que l'ami-confident ne puisse devenir partenaire parce qu'on l'assimile à un membre de la famille (le frère, le cousin), une relation avec lui pourrait être interprétée comme incestueuse. En témoigne le discours de Fanny au sujet de la relation d'une de ses amies.

« Il en sait beaucoup trop, ils ont trop parlé, c'est pas sain... tu vois c'était comme son frère et maintenant elle sort avec... » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Les critères du « mec idéal » pour soi sont variables selon l'âge et les références conjugales des jeunes femmes. Nous rejoignons ici les conclusions de Claire Bidart sur l'amitié, pour qui « l'ensemble de l'environnement social de l'individu peut contribuer à orienter sa trajectoire. En effet, les personnes qui l'entourent et la configuration relationnelle qu'elles dessinent forment un système de référence, un "univers des possibles" au regard duquel le jeune va se situer. Les parents, amis, cousins, camarades, sont autant d'exemples d'itinéraires incarnés, plus ou moins tentants. Mais plus encore, chaque personne rencontrée ouvre à l'individu un "petit monde" fait de ses propres connaissances, expériences, idées et fréquentations » (Bidart, p. 17).

3.2. Le « beau gosse du bahut » pour les copines

Les pairs, et plus particulièrement ceux du même sexe, ont une influence considérable sur les relations amoureuses des autres jeunes femmes : les conduites et les interactions sont apprises et transmises dans un cadre collectif. Au cours des conversations, les jeunes femmes discutent de la biographie sexuelle de leurs amies, et mettent en question leurs représentations du conjugal ; ce rapprochement des histoires leur offre des outils de comparaison, elles ont alors davantage d'éléments pour déterminer les critères du « *beau gosse* » idéal. L'importance des définitions du partenaire idéal proposées par les copines est à son paroxysme pendant la période lycéenne. Les copines se présentent mutuellement comme des normes extérieures que chaque membre du groupe peut intérioriser grâce à sa réflexivité (Kaufmann, 2001 ; Moulin, 2005). Les partenaires

recherchés sont les plus valorisés, ceux qui disposent du potentiel de séduction le plus élevé et en particulier d'un fort capital physique. L'analyse de Philippe Juhem (1995) sur les capitaux physiques des partenaires montrait qu'avoir un partenaire valorisé par son capital physique pouvait avoir une influence sur la construction identitaire, dans la mesure où le partenaire contribue à valider une appartenance de genre, puisque être une petite amie signifie aussi être reconnue comme une jeune femme ; ce qui offre la possibilité aux individus de faire partie du groupe et de partager le même monde que les pairs. « Lorsqu'un couple déséquilibré [en âge ou en atouts physiques par exemple] se forme, les camarades du partenaire le mieux doté lui font comprendre, par leurs critiques, que cette relation le dévalorise. Les amours adolescentes obéissent ainsi à une logique du prestige qui tend à rendre également improbable une relation avec un partenaire disposant de trop ou de trop peu de ressources » (Juhem, 1995, p. 29).

Mais la période lycéenne est loin d'être seulement romantique, avoir un petit ami est une obligation pour pouvoir être avec les autres et faire partie du groupe ; la recherche d'un partenaire est permanente et nécessaire.

« En fait quand j'avais 15 ou 16 ans, même pendant toute la période du lycée, mine de rien, t'existes que dans ta relation avec ton petit copain. Beaucoup. (...). Ça le faisait pas de pas sortir avec un mec en fait. » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

Les pairs qui valorisent le couple ne le cautionnent pas sans conditions, « la manière dont un partenaire sexuel et la relation entretenue avec lui sont connus dans le réseau des proches d'Ego constitue une condition de contrôle relationnel direct » (Marquet, Huynen, Ferrand, 1997, p. 1421). Ainsi, les rumeurs sur le partenaire, véhiculées par les pairs, comptent parfois autant que son apparence ou son style dans la décision de passage à l'acte des jeunes femmes. À égalité sur tous les autres terrains, ce sera celui qui bénéficie d'une meilleure reconnaissance sociale qui sera choisi pour devenir le petit ami. Au sein des groupes d'amis, il y a un relatif consensus autour des partenaires les plus (et les moins) désirables, les jeunes parlent du « beau gosse du bahut », du « mec le plus populaire », de celui dont « toutes les filles sont amoureuses ». Kelly explique les caractéristiques du « mec populaire ».

« Il faut qu'il soit beau gosse et puis populaire tu vois ? En fait, mon copain il est populaire parce que tout le monde le connaît (...) et même s'il est pas fort en classe, bah il est fort ailleurs (...) C'est que tout le monde le respecte, personne parle sur lui. » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Dans les discussions entre amis de même sexe, les individus du sexe opposé sont évalués, critiqués. Parmi les jeunes femmes interrogées, nombreuses sont celles qui considèrent que sortir avec le « *mec réputé* » ou le « *beau gosse* » est *a priori* quelque chose de difficile pour elles, parce qu'elles ont tendance à se dévaloriser physiquement (« *trop grosses* », « *trop petites* », « *trop plates* »...): étant le partenaire le plus convoité par les copines, il ne peut s'intéresser à elles. Edwige raconte qu'elle ne pensait pas que le garçon désiré par toutes ses amies pouvait s'intéresser à elle (mais cela peut bouleverser les relations d'amitié : jalousie, rancune...).

« Le mec du ski, toutes les filles étaient amoureuses de lui, et euh moi... j'étais vachement attirée par lui, et je laissais les autres parce que sinon elles allaient me faire une crise. En fait il était attiré par moi aussi. Et je l'ai tellement désiré que quand je suis sortie avec lui début 4^{ème}, après pendant les vacances et tout, quand je suis sortie avec, j'savais plus quoi faire... J'osais plus l'approcher. » (Edwige, 15 ans, lycéenne)

Réussir à sortir avec celui qui a une grande renommée valide certaines qualités personnelles (et peut être interprété comme une réussite personnelle) et contribue à améliorer l'image que les jeunes femmes ont d'elles-mêmes. Choisie parmi toutes, la reconnaissance du couple par le groupe aide à accéder à un nouveau statut : celui de petite amie, de jeune femme attirante, séduisante. À son arrivée au lycée, Siria ne connaissait personne, elle était « *la nouvelle* » « *sur qui* » on parle, mais à qui l'on ne parle pas, dans ce contexte elle a eu des difficultés à se faire des ami(e)s. En sortant avec un jeune homme « *très populaire* » dans le lycée (beau, respecté...), elle a accédé à une reconnaissance quasi instantanée par le groupe de filles de la classe qui l'avait jusqu'alors ignorée.

« Là c'était trop love et tout et lui il avait 17 ans et moi 14. Et lui c'était un mec vachement populaire là-bas [au lycée]. Tout le monde le respectait et moi personne me respectait parce que j'étais pas populaire du tout. Ça m'a protégée de sortir avec lui, parce que les gens... ils osaient pas me parler mal ou me faire chier tu vois » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

Avoir un partenaire a donc un avantage implicite : cela rend populaire la jeune femme et la protège des rumeurs qui lui seraient nuisibles. Avoir une relation de flirt est un élément constitutif du « statut social des jeunes » (Juhem, 1995), car ces derniers sont valorisés aux yeux de leurs semblables par leur biographie sentimentale et sexuelle.

« Ce mec, il était sorti qu'avec des filles qui étaient des bombes. Elles étaient toutes hyper jolies et tout. Donc en sortant avec lui, c'était un peu comme si je pouvais plaire à un mec qui ne sort qu'avec les plus belles... Même si je pense pas être trop belle, je sais pas, ça valorise ton ego en fait... un peu. Tu te dis que t'es pas si moche que ça (rires) (...) Et une fois que je suis sortie avec lui, après les autres ils te respectent plus. Oui ça change. Comme si fallait faire tes preuves. On est un peu con à cet âge-là en fait je me rends compte. Mais ça compte beaucoup à ce moment-là » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

Mais lorsqu'il y a un décalage trop grand entre les deux partenaires, par exemple, si une jeune femme sans notoriété sort avec un partenaire plus âgé, plus expérimenté et bénéficiant d'une bonne réputation, alors elle pourra être sujette à des bruits défavorables : « *elle se fait utiliser* », « *il veut simplement en profiter* » ; mettant le plus souvent le jeune homme en position de décideur des suites de la relation. Il y a donc bien une « répression diffuse et efficace de toutes les relations hors normes et de toutes les conduites pouvant susciter la critique des pairs » (Juhem, 1995, p. 35). Tant que le regard des autres joue un rôle déterminant, la morale amoureuse est vouée à la dépendance aux normes du groupe (Dubet, 1991). La pression de conformité à ces normes peut entrer en conflit avec les convictions et les sentiments personnels. Les enquêtées plus âgées (20-25 ans) sont moins attentives aux normes du groupe et semblent s'autoriser plus d'originalité dans les choix de leurs partenaires que les plus jeunes (15-20 ans), pour qui le partage de normes communes est davantage constitutif du groupe. Au sein de leurs groupes d'amies, les jeunes femmes exercent les unes sur les autres une fonction de contrôle (un membre du groupe ayant une attitude en contradiction avec les normes de ce groupe nuirait à l'image que celui-ci veut donner et sera par conséquent blâmé), ce qui peut avoir des conséquences sur le choix du partenaire, sur la durée de la relation ou le type de relation entretenue avec lui. En cela, plus que les copines, ce sont les ami(e)s proches qui ont le pouvoir de conviction le plus fort puisque, parmi les interlocuteurs, celles et ceux à qui les jeunes femmes se confient et parlent de leur intimité sont légitimés pour dire ce qu'ils pensent, et exercent de ce fait une influence particulière. Au-delà des stratégies individuelles du choix du partenaire et des critères personnels de sélection, le réseau de relations proches (les amis) influe sur le comportement des acteurs dans le but de maintenir la cohésion du groupe et de la relation interindividuelle (plusieurs jeunes femmes expliquent que telle ou telle copine a eu une relation désapprouvée par le groupe en sortant avec un jeune homme d'un autre style, ou encore d'une autre génération – trop âgé).

3.3. Le « bon petit ami » qui conviendrait aux parents

Les réseaux de pairs ne constituent jamais des mondes clos. Simultanément à la construction identitaire dans l'entre-soi, les jeunes femmes entretiennent des liens forts avec les parents et d'autres adultes proches. La présentation du partenaire aux parents permet de questionner les représentations du petit ami acceptable. Le développement de la sexualité précoce dans le couple, comme celle de la cohabitation sans mariage, a conduit à une indépendance accrue des jeunes vis-à-vis de leurs parents (Bozon, 1991a, p. 71). Si les jeunes femmes ont tendance à accroître leurs domaines d'autonomie, elles restent encore pour la plupart en partie dépendantes de leurs parents.

En s'intéressant à la présentation des partenaires, on observe que les jeunes femmes opèrent une sélection rigoureuse à partir des représentations qu'elles ont de leurs parents et de l'image d'elles-mêmes qu'elles veulent leur montrer. D'après Isabelle, elle peut « parler de tout » avec sa mère qui s'est toujours gardée de lui faire des commentaires sur les partenaires qu'elle a rencontrés. Pourtant, parce que celui de son premier bisou ne correspondait pas aux critères physiques ni sociaux qu'elle estimait être les bons pour sa mère, elle ne lui a pas présenté.

« Ah non, non, mon premier bisou non. J'avais honte de lui, une racaille, il lui manque des dents... » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

De même, elle n'a pas raconté ses aventures entre ses 19 et 21 ans à sa mère : trop nombreuses, trop instables, sans lendemain... Isabelle a préféré ne pas détailler cette tranche de vie intime à sa mère, pour que celle-ci n'ait pas une opinion négative de sa fille.

« Personne ne sait, j'aurais eu honte. Ah ouais, j'en avais honte. Je disais euh par exemple à ma mère, je lui dis « ah je vais voir mon copain », mais elle savait pas lequel, ni combien, ni le nom... tu vois ? (...) J'imagine que dans sa tête elle pensait que c'était toujours le même... Mais c'était jamais le même » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

Les critères mobilisés par les jeunes pour justifier la présentation (ou non) du partenaire permettent de saisir en partie ce que les parents ont véhiculé comme images du petit ami présentable.

Les parents de Virginie lui ont expliqué à plusieurs reprises qu'ils ne souhaitaient pas qu'elle ait un certain type de partenaire, qu'ils ne souhaitaient pas voir chez eux. En intervenant sur les choix amoureux de leur fille, ils ont tenté de freiner son autonomie en cherchant à la convaincre que leurs critères étaient les bons.

« Je leur cache de temps en temps mes relations avec mes petits copains, car certains ne correspondraient pas au profil recherché par mes parents... Ce que j'entends par là, c'est que mes parents n'aiment pas tellement les garçons percés de partout et qui se droguent si je puis dire... comme les autres parents en fait (rires)... Mais eux déjà un joint c'est la drogue... (...) Pour mes parents, le profil recherché ça serait plutôt une personne ayant un avenir, un travail dans la vie. Ils se fichent que la personne ait fait de longues études ou ait un travail haut placé du moment qu'il soit gentil et qu'il puisse vivre normalement. Je pense qu'ils préféreraient un style banal ou plutôt classique "jean, T-shirt, baskets". Mon gars (...) il travaille dans le bâtiment il a tout donné pour réussir, je l'admire, connaissant sa vie. (...) Mais pour mes parents, il n'est pas très fréquentable car on va en tekos ensemble et tout... Et parfois on prend des trucs. Eux, ils veulent un garçon qui fasse pas de vagues, qui soit gentil et qui rentre dans le moule un peu... » (Virginie, 18 ans, lycéenne)

L'inadéquation entre les attentes des parents et celles de leur fille a conduit cette dernière à cacher sa relation avec son partenaire actuel. Il semble ainsi que les jeunes femmes s'autocensurent proportionnellement à la rigueur du contrôle des parents sur le choix du petit ami, de manière à pouvoir avoir leur monde à elles, en parallèle à celui que souhaiteraient leurs parents. Sans approuver les recommandations parentales, Virginie cache ses relations pour éviter le conflit et continue de sortir avec quelqu'un de « pas très fréquentable » ; en cela, elle montre qu'elle peut jouer avec les règles de ses parents et établir des règles personnelles qui se trouvent sur ce point en contradiction (ce qui peut être source de tension dans le couple naissant lorsque le partenaire n'a pas le droit « d'exister dans [la] famille » de l'autre).

En imaginant des tactiques et en développant un certain savoir-faire dans la manière de contourner ou de tirer parti des contraintes imposées par leur environnement, les jeunes femmes montrent leur capacité à se frayer un chemin, la difficulté pour elles étant de ne pas renoncer à leurs aspirations. Ainsi, « l'hypothèse de l'influence normative du réseau social sur les normes d'Ego présuppose notamment que le réseau soit en mesure d'exercer un contrôle social sur les individus » (Marquet, Huynen, Ferrand, 1997, p. 1421). Dans ce cas, la revendication d'une autonomie des jeunes en matière de choix du partenaire a été conditionnée par une pression parentale insistante qui, comme le montrent certaines enquêtes, est supérieure à l'influence normative des amis (ou des collègues), la famille ayant davantage de possibilités de contrôle et donc de pouvoir. Les tensions apparaissent essentiellement dans les relations « mixtes », c'est-à-dire celles où les individus sont d'origines culturelle, économique, ou religieuse différentes. Fatima, Wahmia, Nadia, Farida ou Roseline ont eu à cacher une partie (ou la totalité) de leurs relations sentimentales à leurs parents, ceux-ci s'étant positionnés clairement contre.

Les normes encadrant le choix du petit ami dépendent de ceux qui les émettent. Pour choisir le « bon » partenaire, les jeunes femmes doivent faire face à des injonctions parfois contradictoires (entre celles émises par les amis et celles émises par les parents) ; si le petit ami doit être prioritairement « populaire » pour les pairs, il faut souvent, pour les parents, qu'il soit avant tout « sérieux ». Les jeunes doivent alors hiérarchiser les diverses normes valorisées par les acteurs partageant leur quotidien. « Si un acteur veut réaliser dans son activité plusieurs normes idéales et s'il veut apparaître sous un jour plus favorable, il est alors probable qu'il insistera en public sur certaines de ces normes, moyennant le sacrifice de certaines autres en privé. Il va de soi que l'acteur sacrifiera, dans la plupart des cas, les normes dont il peut dissimuler la suppression afin de maintenir celles pour lesquelles il lui serait impossible de cacher les dérogations qu'il leur fait subir » (Goffman, 1973a [1959], p. 48).

« Quand je suis sortie avec Ibrahim, c'était surtout parce que bon, il me plaisait. Je savais qu'il plairait pas trop à mes parents... à ma mère surtout. Mais ça j'm'en fous ! (...) Ouais et puis franchement c'était... je sais pas comment dire... c'était un peu un exploit tu vois je suis celle qu'est sortie le plus longtemps avec un garçon. Je suis la seule qu'a eu une vraie histoire. Et rien que pour ça... je suis trop contente... ça claqué tu vois je donne même des conseils à des filles plus vieilles que moi ! »
(Kelly, 15 ans, lycéenne)

À choisir entre le partenaire idéal de ses parents et celui de ses copines, Kelly a préféré celui qui lui permettait d'acquérir davantage de cartes, et c'est dans son groupe de pairs qu'elle avait le plus de choses à gagner. « L'idéal pour lequel on en sacrifie d'autres n'est [donc] pas l'idéal le plus spectaculaire mais celui qui est le plus important et le plus légitime » (Goffman, 1973a [1959], p. 49). Les jeunes femmes s'efforcent de donner l'impression qu'elles ont choisi leur partenaire pour ce qu'il est, ce qu'il leur apporte, ce qu'ils échangent, et non, comme c'est pourtant le cas, parce qu'il correspond aux attentes de leurs amies comme dans l'exemple de Kelly.

4. INFLUENCE DU RESEAU RELATIONNEL SUR LE PROCESSUS DECISIONNEL

Si les relations amoureuses peuvent commencer par un coup de foudre, leur suite est en partie dépendante de l'intervention des proches. « À l'âge de la post-adolescence, en effet, les intéressés sont partagés entre l'univers familial et le groupe de pairs, qui interviennent chacun à leur façon sur la forme de la rencontre » (Bozon, Héran, 1989, p. 66). Les acteurs accordent une grande attention à la manière dont ils sont perçus par

leur entourage, ils sont très sensibles au jugement de leurs proches sur les relations dans lesquelles ils s'engagent : on préfère que le groupe d'amis apprécie un nouvel ami, comme on préfère que les amis apprécient un nouveau petit ami. Le choix du partenaire ne peut donc se comprendre qu'en prenant en compte l'ensemble de l'entourage social des jeunes et l'ensemble des modalités influençant le processus décisionnel des individus. L'autonomie individuelle est partielle ; le fait que l'individu puisse récupérer une marge de manœuvre en laissant certaines relations à l'écart du réseau n'est qu'une preuve de plus de la prégnance du réseau (Marquet, Huynen, Ferrand, 1997). L'influence qu'exercent les proches sur les choix du petit copain illustre à quel point, même dans les décisions considérées comme les plus personnelles, les individus sont liés à ceux qui les entourent. Le réseau social a une influence sur les relations affectives des individus : opinions et comportements de l'entourage ont des conséquences non négligeables sur le choix du partenaire et peuvent donner lieu à des tensions dans la mesure où l'individu doit composer avec plusieurs normes, parfois contradictoires ; ce qui peut offrir une plus grande marge de jeu aux individus dont ils pourront tirer des bénéfices dans la construction leur relation amoureuse. Puisque les proches s'invitent dans la vie sentimentale des jeunes femmes, on peut aussi se demander quelle est leur implication dans les choix contraceptifs et plus largement dans la biographie contraceptive de celles-ci.

CHAPITRE 5 - DU PREMIER BAISER AU PREMIER RAPPORT, LE TEMPS DES PREMIERES FOIS

La sélection du partenaire est un processus dans lequel les individus ne prennent pas seuls leurs décisions, comme le montre la forte présence du groupe de pairs et des parents. Si ceux-ci ont une influence, ce n'est pas néfaste pour l'individu, puisque d'une part c'est au sein du groupe de pairs qu'il se construit, et que tout individu dispose d'une marge de manœuvre pour se construire par rapport à ses pairs. D'autre part, parce que le groupe de pairs assiste les jeunes qui se détachent peu à peu de la famille d'origine et les aide à devenir adultes. Durant cette période, avoir des amis et des « petits amis » est un élément socialisateur fort (Juhem, 1995 ; Bidart, 1997) et valorise les différentes facettes identitaires des individus. Chercher à savoir à qui les jeunes femmes enquêtées racontent leurs relations affectives permet de comprendre à qui et dans quel contexte elles entrouvrent les portes de ce qu'elles appellent souvent leur « *jardin secret* » ou leur « *jardin privé* ».

« Ce que j'appelle mon jardin privé, c'est mon monde à moi, c'est mon intimité. C'est ce qui regarde personne. C'est comme un journal intime, même si j'en ai pas. Tu vois, si j'avais un journal intime, ça serait un peu comme mon terrain privé. Et comme tout ce qui est privé, tu donnes pas l'accès à tout le monde. Faut montrer patte blanche avant pour y avoir accès. Et encore c'est pas gagné. Avec qui je sors, avec qui je couche, comment je fais, c'est des trucs qui font partie de mon jardin... privé... j'vois pas d'autre mot. » (Millie, 21 ans, étudiante infirmière)

Posséder un « *jardin secret* », c'est revendiquer un monde à soi, un monde personnel dont le propriétaire est seul décideur, notamment en choisissant lui-même ceux à qui il en parle, dans un contexte où toute relation entre deux personnes est caractérisée par l'absence ou la présence de secrets, et par la quantité de secrets qu'elle comporte. Car, même lorsque l'autre ne remarque pas qu'il y a du secret, celui-ci n'en modifie pas moins le comportement de celui qui dissimule, et par conséquent l'ensemble de la relation (Simmel, 1999 [1908]). Dans la construction identitaire et plus précisément durant la période juvénile, l'individu a besoin et revendique le droit au secret, au jardin intime qui offre, en quelque sorte, la possibilité d'un autre monde à côté du monde visible : un monde à soi, qui est bien illustré lorsque l'on s'attache à la biographie sexuelle.

Eclairer le jardin privé des jeunes femmes aidera à comprendre comment celles-ci gèrent leur vie amoureuse et sexuelle, et notamment leur contraception et leur protection, mais aussi de savoir quels sont les interlocuteurs les plus fréquemment sollicités sur le terrain de l'intime. Il s'agira de comprendre, tout d'abord, ce qui se cache derrière des expressions usuelles telles que « *être amoureuse* », « *kiffer* » ou « *aimer* », que les jeunes femmes utilisent pour formuler leurs sentiments. Ensuite nous verrons qu'il existe un scénario des premières fois (Le Gall, Le Van, 2007), commun à la quasi totalité des jeunes femmes rencontrées, et qui trace le déroulement du premier baiser au premier rapport et enfin à la première contraception. En effet, si la socialisation à la sexualité prend aujourd'hui un caractère moins normatif (véhiculant des valeurs s'imposant à tous et à toutes) en tant qu'expérience individuelle et personnelle (Bozon, 2001c, p. 185), cela n'empêche pas de retrouver de grands points communs dans les discours des individus qui mettent en lumière l'existence de scripts (Gagnon, 1999) qui structurent le « déroulé » qui mène au premier rapport et « balise » les conduites (Le Gall, Le Van, 2007, p. 62). Enfin, nous mettrons en évidence une typologie des différents rapports sexuels dont les jeunes femmes ont fait les récits, de manière à souligner davantage la complexité de la biographie sexuelle et contraceptive.

1. CHOISIR SES MOTS POUR PARLER DE SENTIMENTS

Les nuances des sentiments que les jeunes femmes éprouvent pour leurs partenaires (réels ou espérés) sont en partie perceptibles à travers l'étude des désignations qu'elles leur accordent. Elles distinguent trois degrés de sentiments : « *aimer* », « *être amoureuse* » et « *kiffer* ». Saisir ce qui se cache derrière ces émotions permettra de mieux comprendre les relations sentimentales des jeunes femmes, et d'en suivre les répercussions dans la gestion de leur vie sexuelle et de leur biographie contraceptive. Nous faisons l'hypothèse que les jeunes femmes ne gèrent pas forcément de la même manière leur contraception (et celle d'urgence plus particulièrement) selon qu'elles « *aiment* », « *sont amoureuses* », ou « *kiffent*¹ » leurs partenaires, c'est-à-dire selon le contexte sentimental dans lequel cela se produit.

¹ L'expression « kiffer » est largement utilisée par jeunes femmes (surtout les plus jeunes) le plus souvent issues de milieu populaire ou de classe moyenne. L'utilisation de ce mot semble dépendre aussi du type d'établissement fréquenté durant le collège et le lycée : avoir fait sa scolarité dans un collège/lycée public, mixte socialement, tend à faire employer ce mot.

Tout comme avec le verbe « aimer », on peut « kiffer » quelque chose (par exemple une paire de baskets) ou quelqu'un² (une copine, son partenaire) ; le mot signifie selon les cas : plaire, apprécier, adorer, aimer. Quand elles évoquent de manière précise certaines de leurs émotions, les jeunes femmes ont tendance à les comparer, et apportent des précisions lexicales pour nuancer leurs appréciations et mettre en exergue les particularités qui rendent unique chaque expérience relationnelle.

« Pour moi, être amoureuse c'est vraiment aimer quelqu'un. Vraiment. Et kiffer, c'est avoir des sentiments... sans plus... C'est, ouais, je te kiffe... voilà... C'est pas le truc fort ! » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

« Kiffer, c'est moins fort qu'aimer. Bah kiffer, c'est un truc qui peut passer vite ! Aimer je sais pas c'est... bah c'est des gars que tu rencontres comme ça (...) Je me suis mise avec un gars, je l'ai kiffé mais je m'en foutais. Donc lui tu vois je peux l'oublier très vite ! J'étais pas attachée à lui, comme l'autre que j'aimais. Y a moins de sensations. C'est : je suis avec lui, c'est bien, je suis pas avec lui, c'est pas grave ! » (Delphine, 15 ans, lycéenne)

« Kiffer » définit une relation où les partenaires sont, dans une certaine mesure, affectivement distants, c'est-à-dire qu'ils s'inscrivent dans une relation privilégiée où ils peuvent néanmoins se passer l'un de l'autre. Kelly et Delphine utilisent le mot « kiffer » pour définir leurs relations avec de jeunes hommes pour lesquels elles ont eu des sentiments sans se projeter pour autant à long terme. Si ce mot s'utilise pour définir des relations « pas graves », il ne marque pas pour autant des relations dépourvues d'affectivité. Les jeunes femmes sont moins exigeantes sur ce qu'elles attendent de leurs partenaires, et par conséquent paraissent moins déçues lorsque ceux-ci ne répondent pas à leurs attentes.

« Aimer et être amoureuse bah non, c'est la même chose... enfin presque ! Kiffer c'est autre chose. Moi j'ai été amoureuse que deux fois, enfin « que » c'est déjà bien ! Mais y a des gens que j'ai beaucoup aimés, que j'appréciais beaucoup mais dont j'ai pas été amoureuse, y avait pas ce petit truc euh... » (Myriam, 18 ans, lycéenne)

Pour Roseline, par exemple, ce mot est dénué de sensibilité, il est connoté négativement en raison de son origine populaire qu'elle associe au verlan, avec les prénotions qui en découlent (registre de langue peu adapté pour parler d'amour selon elle).

² Il semblerait que les diverses significations du mot « aimer » et du verbe « amour » gênent les enquêtées parce qu'ils peuvent être attribués à quelqu'un ou à quelque chose, comme le souligne Alexandra, 22 ans : « Etre amoureuse et aimer c'est différent, on aime plein de choses : les fringues, la bonne bouffe, un bon verre de vin... et plein de personnes : parents, amis. Aimer, ça se rattache à la vie en général. Etre amoureuse, ça se rattache à une personne en particulier, à un instant. C'est LA personne et non une personne. Pour moi, on est amoureuse de personnes physiques et non d'objets »

« J'emploie jamais le terme kiffer, tout ce qui est verlan... c'est pour moi inconnu. Je trouve ça vulgaire même, y a pas de sensibilité, de sentiment dans le mot. Je l'aime pas. » (Roseline, 21 ans, étudiante en DEUG de psychologie)

Lorsque Kelly ou Delphine donnent la signification de *kiffer*, elles donnent des clés pour comprendre ce que signifie « *aimer quelqu'un* », et nuancent le fait d'aimer et d'être amoureuse.

« Aimer, c'est être bien avec une personne. Déjà c'est jamais rien chercher d'avoir quelque chose à dire. Parce que quand y a des silences, bah t'es gênée et tu cherches quelque chose à dire... et nan c'est quand tu sais que la personne elle t'aime, et qu'elle fait attention à toi. c'est quand y a... c'est quand ça va dans les deux sens. Faut pas que ça aille que dans un sens ! » (Delphine, 15 ans, lycéenne)

Le silence dans la conversation est redouté, avoir toujours quelque chose à se dire est le signe d'une forte proximité et complicité entre les partenaires, élément important selon Delphine pour « *aimer* » quelqu'un. À cela s'ajoutent les valeurs de respect et de réciprocité. Le respect du corps et de l'esprit de l'autre, reconnu comme un individu à part entière, participe au sentiment amoureux.

« Aimer, c'est être bien ! Être bien, être écoutée (...). Je pense que la personne qui t'aime réellement elle peut pas te frapper ni te dire des mots tordus. Elle peut pas faire un certain nombre de choses » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Réciprocité et respect sont les notions les plus fréquentes dans le discours des enquêtées pour définir le sentiment d'« *aimer* ». Ces termes induisent une valorisation du modèle de fidélité partagée, « L'amour nécessite la confiance qui ne peut passer que par l'exclusivité sexuelle du partenaire, réclamée au nom du lien étroit entre amour et sexualité » (Duret, 1999, p. 121), ce qui peut être remis en cause dans les situations de jalousie.

« Être amoureuse c'est aimer l'autre entièrement. T'aimes ses qualités, ses défauts, t'aimes tout chez lui, euh tu partages tout ! Tu sais que c'est quelqu'un sur qui tu peux compter, que c'est quelqu'un qui sera toujours là pour toi... Que c'est quelqu'un sur qui tu peux te reposer. Pour moi c'est super important. Être amoureuse c'est avoir confiance en l'autre. C'est aimer tout chez lui... même les choses qui font chier ! ». (Karine, 19 ans, étudiante éducatrice spécialisée)

Karine explique à quel point une relation « *amoureuse* » implique que les deux partenaires montrent des éléments concrets de leur engagement dans la relation. Si dans les mots les individus ne sont pas « *obligés de quoi que ce soit* », en réalité les relations comportent des contraintes indispensables au « *bon fonctionnement* » amoureux. L'importance de la réciprocité des sentiments et de l'engagement est rappelée par bon nombre d'enquêtées dans la mesure où le lien est choisi. Ashley nuance, elle explique

que si l'on peut aimer la musique, aimer sa mère et aimer son chien, on ne peut pour autant être amoureuse de sa mère, ni de son chien.

« Y a des différences oui, on peut être amoureuse et aimer une personne de sexe opposé, par exemple son copain, mais on peut aimer sa mère, son père ou des membres de sa famille sans pour autant en être amoureuse (rires). Pour moi, aimer une personne c'est tenir énormément à elle, alors que être amoureuse c'est plus spécifique, c'est aimer une personne en particulier et vouloir tout donner pour elle. C'est dur à expliquer ! [...]. Tu vois je peux aimer un chien par exemple... mais je serai jamais amoureuse d'un chien et heureusement ! (rires). » (Ashley, 19 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Selon Ashley, le fait d'être amoureuse peut amener les jeunes femmes à faire « *n'importe quoi, c'est à dire tout* », ce qu'elle rapproche sans hésiter de l'expression « *être folle amoureuse* ». Être amoureuse se rapproche du sentiment passionnel, ce qui en souligne la spécificité. Plusieurs jeunes femmes parlent de « *dépendance* » (affective) dans la mesure où elles ne peuvent se passer de l'autre, et une séparation même temporaire devient difficile.

« Être amoureux ça veut dire que t'es comblée dans le sens t'es comblée sentimentalement. Ouais ça veut dire qu'il te manque rien, la question c'est on peut sûrement être amoureuse de plusieurs façons. » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

« C'est un état d'euphorie où pendant cette période-là, le sexe n'est pas la chose la plus importante. C'est plutôt voir l'autre, sortir ensemble (...) se dire qu'il est 4 heures du matin et qu'il faut se séparer et qu'on se verra pas avant deux jours. Ça c'est une période où on a besoin de l'autre au-delà du besoin sexuel. Bon après y a le moment où le désir physique devient important ! » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Les jeunes femmes considèrent comme signe puissant du sentiment amoureux l'incapacité de se séparer physiquement, même pour un court moment (quelques heures, un soir, deux jours).

« Je ne peux pas me passer de la personne, j'ai besoin de sa présence, de sa peau, de faire des choses 24h/24 avec la personne que j'ai du mal à quitter. » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Lorsqu'elles sont amoureuses, les jeunes femmes mettent l'accent sur des sensations physiques et/ou sur l'affect. En effet, la perception de son propre corps se modifierait lorsqu'on est amoureuse, les sensations décrites sont au niveau du ventre (certaines

ressentent des « papillons », du cœur (qui bat plus vite) et des changements du régime alimentaire (manger moins)³.

« C'est quand la personne me fait quelque chose physiquement et tout. J'ai l'impression que l'amour ça commence par un gros nœud dans le bide avec moi. Et sinon... dans le genre truc physique, j'ai des décharges en bas de la colonne vertébrale. Et puis sinon bah je [ne] mange plus, je [ne] dors plus, je rêve de lui, je me réveille, je pense à lui et puis voilà ! » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Les relations amoureuses très investies affectivement par les individus laissent des traces sur le corps (visibles ou non) lorsqu'elles débutent et lorsqu'elles s'achèvent. Les jeunes femmes accordent une importance particulière au « je t'aime ». Si certaines jugent cette expression un peu ringarde, elle reste pourtant toujours utilisée et marque le sommet de la relation affective. Réussir à dire « je t'aime », c'est donner à l'autre les moyens de ne plus interpréter les signes d'attention et d'affection qui lui sont destinés, de clarifier les choses. En dévoilant partiellement leurs sentiments, les individus mettent en confiance leurs partenaires, et contribuent ainsi à prolonger la relation.

« Je différencie « être amoureuse » et pouvoir dire « je t'aime »... Parce que pour moi c'est pas lié. (...) Après y a le « je t'aime » où il y a un investissement dans la relation et où la vie sans l'autre deviendrait presque inconcevable on va dire ! Donc le « je t'aime » c'est le plus haut ! » (Nya, 20 ans, lycéenne)

Dire « je t'aime » est un dévoilement sentimental comprenant des risques pour l'émetteur puisque l'autre peut utiliser ce savoir pour se conduire en maître de la relation, assuré de sa position de force sentimentale. L'exemple d'Anissa est pertinent à ce titre : pour elle, dire « Je t'aime » est un marqueur d'investissement dans la relation, signe de confiance lorsqu'il est dit et entendu.

« Je ne me rappelle pas exactement de la date exacte des premiers « je t'aime », c'était au cours de la première semaine de février. Après m'avoir embrassé, il m'a dit au creux de l'oreille, en chuchotant « je t'aime Anissa ». Il me le dit plus souvent en chuchotant » (Anissa, 20 ans, chômeuse)

D'abord surprise par la révélation de son partenaire, car elle ne pensait pas qu'il serait le premier à exprimer ouvertement ses sentiments, Anissa a été ensuite convaincue des sentiments qu'il éprouvait pour elle, c'est pourquoi elle a accepté d'avoir avec lui son premier rapport sexuel.

³ C'est comme si la « boule dans le ventre » dont parlent certaines prenait la place de la nourriture, ralliant le dicton populaire « vivre d'amour et d'eau fraîche ». Cette période de « moins » a lieu dans les premiers temps de la relation amoureuse, une fois établie, officialisée auprès des pairs et autres membres de l'entourage, les jeunes femmes retrouvent leurs habitudes alimentaires précédentes (en cas de rupture, les conséquences sont également sensibles au point de vue de l'alimentation).

« Je me suis dit dans ma tête " On s'aime, je suis prête ! " J'ai fermé fort les yeux, je lui ai dit " force, force, j'ai pas mal ! " alors que j'avais super mal, en plus j'étais toute contractée. Il m'a dit dans l'oreille en chuchotant "je t'aime Anissa, t'inquiète pas, ça va bien se passer. Tu n'auras pas mal" » (Anissa, 20 ans, chômeuse)

Anissa insiste sur le « *je t'aime* » de son petit ami, puisque c'est ce qui l'a motivée à avoir son premier rapport sexuel avec lui, validant ainsi la norme qu'il faut aimer et être aimée pour avoir un « bon premier rapport » (ce qui est moins vrai pour les rapports suivants, comme le fait comprendre Lilly qui revendique le droit de « tirer un coup »). Cette expression fonctionne comme une marque de l'avancée de la relation. Dans le discours d'Anissa, on retrouve ce que constataient Hugues Lagrange, Brigitte Lhomond *et al* (1997, p. 176) : « le premier baiser ne soulève pas de crainte chez les filles parce que, contrairement aux premières caresses qui ouvrent la possibilité d'un échange génital, on peut en rester là. Le sentiment amoureux témoigne alors de l'attachement, c'est une émotion associée au changement de registre d'une relation commencée sur le mode de la moitié. Ensuite, le sentiment amoureux fait volte-face, d'abord expression d'un attachement, il devient le fondement de l'engagement physique ».

Si « *Je t'aime* » est interprété comme un grand dévoilement des sentiments et de son intimité, comme un marqueur de confiance important, cela explique pourquoi les jeunes femmes cherchent parfois à le taire. Elles ont recours à des expressions alternatives pour dire leur attachement sans utiliser « *je t'aime* », afin de répondre en partie aux attentes de leurs partenaires tout en se protégeant. Pour Isabelle, cela fonctionne comme un jeu dont il faut connaître les règles. Ce jeu consiste à se dévoiler petit à petit pour faire durer la relation en prenant garde à ce que celle-ci ne puisse être considérée comme acquise (en conséquence, il faut tenir compte des règles et des codes qui régissent les déclarations amoureuses).

« Moi je suis avec quelqu'un et je commence à tomber amoureuse. Au bout de quatre semaines, donc c'est encore tôt ! Je lui dis pas. Je lui montre pas (rires). Parce que maintenant y a des règles. Si tu le dis trop vite ça fait peur, si tu le dis pas assez il te demande pourquoi t'es froide ! » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

Avouer trop tôt ou trop fort ses sentiments à l'autre peut entraîner son désintérêt, mais un jeune homme qui déclare trop vite ses sentiments prend le risque d'effrayer sa petite amie qui se sent contrainte de faire évoluer rapidement la relation. A contrario, celui qui ne dit jamais ses sentiments et se contente de rester sur ses gardes prend le risque de voir s'achever prématurément la relation. Dire ses sentiments est une question de dosage ; il faut prendre en compte les attentes personnelles du partenaire et les anticiper.

Système de protection par excellence, ne pas dire ses sentiments évite d'essuyer un refus, de se « *prendre un râteau* », « *de perdre la face* ».

« Moi je me rappelle que jusqu'en 3^{ème} j'avais pas vraiment de copains. J'étais amoureuse des fois, mais les mecs le savaient pas et tout » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Avoir des sentiments, a priori à sens unique, où la réciprocité peut être supposée mais reste incertaine, renforce la possibilité pour les individus de projeter la relation dans le temps et dans l'espace, de « *se faire des films* » et de « *rêver* ». Non confrontées à la réalité, ces projections restent dans le domaine de la fiction.

Les différences entre les sentiments éprouvés (« *être amoureuse* », « *aimer* » ou « *kiffer* ») nous ont amenés à saisir les spécificités de l'expression « *être amoureuse* ». Ceci a permis de mettre en lumière l'existence d'un relatif consensus sur les critères d'une « *vraie relation amoureuse* », quels que soient la classe sociale d'appartenance et l'âge. Les jeunes femmes mettent l'accent sur la nécessaire réciprocité des sentiments et des attentions, entre autres par le biais de l'écoute (« *il faut pouvoir être écoutée et savoir écouter* ») et le respect physique et moral entre partenaires. Si les récits des jeunes femmes sont racontés sous un angle positif, en cas de rupture du lien elles s'accordent pour dire qu'« *aimer ça fait mal* », comme le résume Lydie.

« Moi j'ai été amoureuse chaque fois. Je suis sortie avec des garçons dont j'étais amoureuse, j'ai jamais eu des histoires comme ça quoi ! Du coup y a des garçons qui ont dû sortir avec moi comme ça. Et je me suis pris des portes qui m'ont fait sacrément mal ! » (Lydie, 21 ans, en DUT de communication)

Emportée par la relation, s'ouvrant toujours davantage, Lydie n'a pas anticipé la séparation. La fin de la relation donne à voir l'investissement des individus, et ceux-ci sont parfois surpris par leurs réactions. Plusieurs enquêtées résument : « *c'est une fois qu'on n'a plus qu'on voit que ça manque* », et Aurélia insiste sur le fait qu'une fois la relation terminée, si elle souffre c'est qu'elle était amoureuse de son partenaire, ou au moins qu'elle l'aimait, et si elle ne souffre pas c'est que finalement elle l'aimait moins que ce qu'elle pensait. La rupture permet, au-delà de sa fonction première (terminer une relation), de mettre à jour, de mesurer et de peser l'importance et la nature des sentiments éprouvés pour le partenaire, mais elle engage aussi une évaluation des qualités et des défauts personnels.

2. OUVRIR UNE PARTIE DE SON « JARDIN PRIVÉ »

Comprendre à qui les jeunes femmes racontent leur premier baiser et leur premier rapport implique de comprendre ce qu'elles sont plusieurs à appeler leur « *jardin privé* ». Nous chercherons donc à comprendre qui sont les individus ayant accès à ce « *monde privé* », en s'interrogeant sur le processus de sélection des confidentes selon le contexte et le contenu du message⁴. Nous nous demanderons également si ces interlocuteurs, considérés comme « privilégiés », jouent aussi un rôle dans le choix de la contraception. En effet, les individus à qui les jeunes femmes se confient peuvent être amenés (plus facilement que d'autres) à donner des conseils en matière de sexualité et de contraception. À partir du premier baiser puis des premiers rapports sexuels, comme indicateurs d'entrée dans la vie sexuelle active, nous verrons comment les jeunes femmes rencontrées choisissent leurs confident(e)s, et nous tenterons de saisir les enjeux sous-jacents au récit du premier baiser et du premier rapport, de manière à les mettre en relation avec l'annonce de la contraception et plus particulièrement de la contraception d'urgence.

2.1. *Les enjeux du premier baiser*

Le premier baiser a une place particulière dans la biographie sexuelle des jeunes⁵, il marque l'entrée des individus dans la sexualité (Lagrange, Lhomond et *al.*, 1997 ; Lagrange, 1998) puisqu'il précède, dans la plupart des cas, le premier rapport sexuel⁶. Si l'âge au premier baiser des jeunes femmes interrogées est variable, on peut reprendre la distinction proposée par Hugues Lagrange pour qui « si l'on scinde l'adolescence en deux moitiés : 12-15 ans et 16-18 ans, on peut dire que, durant la première partie de l'adolescence, on fait l'expérience des baisers et des caresses, tandis que le coût

⁴ L'entretien sociologique peut donner lieu à certaines confidences, comme on l'a déjà signalé dans la partie méthodologique. En effet, lorsque les jeunes femmes ont confié des « *secrets de famille* » qu'elles n'avaient jamais dits, j'ai été choisie comme confidente anonyme et éphémère pour entendre leurs mots et leurs maux. Les propos qui m'ont été rapportés sous forme de confidences ont, la plupart du temps, concerné des épisodes durs de la biographie sexuelle ou contraceptive : certaines m'ont raconté leurs avortements, d'autres leurs rapports sexuels mal vécus, bien souvent sur le ton de l'aveu.

⁵ « L'invention du flirt, entendu comme un échange affectif accompagné de baisers et de caresses avec un partenaire qui n'est pas le futur conjoint est récente » (Lagrange, 1998, p. 139), cela date des années 1950.

⁶ Nous ne nous attacherons pas au tout premier baiser sur la bouche (qui a souvent lieu en maternelle ou en primaire), mais au « *premier qui compte* » pour les enquêtées ; on ne retiendra pas l'ordre chronologique (les premiers contacts sexuels pendant l'enfance ne font pas l'objet d'une analyse dans ce travail).

appartient à la seconde » (Lagrange, 1998, p. 162). Le premier baiser des jeunes femmes interrogées s'est déroulé dans la plupart des cas étudiés entre 11 et 14 ans, au moment du collège (entre la 6^{ème} et la 4^{ème}) et n'a pas systématiquement été échangé avec quelqu'un de la classe ou de l'établissement scolaire. Le type de baiser varie, le premier « *qui compte* » n'est pas nécessairement le premier baiser « *emballé* » c'est-à-dire avec la langue, (un « baiser profond », Lagrange, 1998), puisque certaines jeunes femmes considèrent que celui « *qui compte* » est leur premier « *smack* ». Embrasser quelqu'un est le premier signe d'un engagement affectif, même s'il est le plus souvent informel. Le premier partenaire de *flirt* est rarement le même que celui du premier rapport sexuel génital. En effet, l'échange de baisers est aujourd'hui indépendant de la perspective d'une relation durable, et encore plus éloigné de celle du mariage (Lagrange, 1998, pp. 156-157), mais il n'est pas moins chargé de sens. Les jeunes femmes accordent une importance particulière au déroulement de ce premier baiser : il représente leur entrée dans une vie affective et sexuelle concrète, d'où la publicité faite autour de celui-ci.

Nous verrons dans un premier temps l'importance que revêt le premier baiser dans la biographie affective et sexuelle des jeunes femmes, et plus largement dans leur construction identitaire sexuée. Puis, dans un second temps, il s'agira de mesurer le rôle du groupe de pairs lors de ce premier baiser. Enfin, dans un troisième temps, nous chercherons à voir quels sont les interlocuteurs de la sphère familiale, lorsqu'il y en a. Ceci aidera à éclairer les enjeux identitaires liés à l'ouverture des portes du jardin privé.

Le premier baiser « doit être parfait »

Moment inaugural, le premier baiser participe à la construction identitaire des jeunes femmes en contribuant à concrétiser pour plusieurs d'entre elles le passage de « *petite fille* » à celui de « *fille* ». Siria a échangé son « *premier avec la langue* » à 12 ans ; pour elle, le premier baiser signifiait, au moment où elle l'a vécu, l'entrée dans la vie sexuelle active, l'entrée dans la vie des « grands », et contribuait à l'affirmation de son identité de genre.

« *Mon premier baiser, c'était un truc hyper important pour moi, parce que ça voulait dire que j'étais une fille, tu vois.* » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

Il a été un élément lui permettant de faire valoir une nouvelle facette identitaire, de se séparer de l'étiquette de « *petite fille* ». Les relations amoureuses offrent à ce titre aux

jeunes femmes un nouveau mode d'expression de leur féminité. En raison de son caractère inaugural, le premier baiser doit être parfait, il est celui « *dont on se rappelle après* » comme le dit Sandra, car on se souvient davantage de la première fois que des suivantes, même si la relation ne dure pas.

« *C'est quelque chose qui me tenait à cœur [le premier baiser] et donc il fallait que ça soit parfait.* » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

La perfection est recherchée car ce baiser ouvre la voie à de nombreux autres, mais aussi parce qu'il est « *inoubliable* », et « *unique* » et qu'il doit être « *racontable* ». Une des raisons de sa nécessaire perfection est qu'il ne peut être recommencé, même si à chaque nouveau partenaire, les individus échangent un « nouveau premier baiser », c'est le premier des contacts oraux qui marque (toutes les jeunes femmes rencontrées s'en souviennent précisément).

Ce baiser « *hyper important* » doit être « *parfait* » à tous points de vue : choix du partenaire, du moment et du lieu où le baiser se déroule, mais aussi de sa durée, de son intensité ; il doit être romantique, « *comme dans les films* ». Mais ces grands principes énoncés par beaucoup de jeunes femmes n'ont pas empêché certaines d'échanger leur premier baiser « *pour le faire* » et non parce qu'elles le souhaitaient. Durant la période du collège et plus largement pendant la jeunesse, le groupe d'amis a une forte place dans la construction identitaire, il sert de référence, permet de s'épanouir en contribuant à la découverte de certaines facettes de sa propre identité (Choquet, 1988 ; Singly, 1996 ; Lagrange, 1998 ; Lepoutre, 1999 ; Galland, 2001 ; Moulin 2005 ; Le Gall, Le Van, 2007). La socialisation entre pairs occupe un rôle fondamental car elle permet à l'individu d'intérioriser, de concrétiser et d'exprimer les changements identitaires qui l'affectent et participent à l'appropriation intérieure d'un monde, celui des jeunes.

Faire savoir son premier baiser

Dans ce contexte, l'officialisation du premier baiser auprès des membres du groupe d'amis, voire auprès des cercles plus larges de connaissances, est quasi systématique. Avoir échangé un premier baiser permet de converser avec les autres sur les sensations ressenties, en décrivant les scènes vécues (l'expérience du premier baiser permet de participer aux discussions récurrentes du groupe et de s'y intégrer). Toutefois, cela nécessite d'y prendre goût, car les jeunes femmes doivent apprendre à aimer les effets (du premier baiser) qu'elles sont devenues capables d'éprouver, pour reprendre les mots d'Howard Becker à propos des fumeurs de marijuana (Becker, 1985 [1963], p. 75). En

se posant la question de savoir si le premier baiser est agréable, de nombreuses jeunes femmes rencontrées n'en sont pas sûres, mais elles se doivent impérativement de répondre par l'affirmative pour continuer d'avoir une vie sociale. « Compte tenu des aspects désagréables et alarmants, qui sont typiques des premières expériences, le débutant ne peut poursuivre que s'il apprend à redéfinir ces sensations comme agréables » (Becker, 1985 [1963], p. 76). Et c'est bien ce que l'on constate à travers le premier baiser : parmi les jeunes femmes qui ont été les plus « *dégoûtées* » par cette expérience, toutes ont recommencé (parfois après un certain temps), cherchant coûte que coûte à y trouver du plaisir⁷.

Pour une jeune femme, discuter de son premier baiser (et des suivants) facilite l'intégration au groupe de filles et permet de se sentir « *comme les autres* ». Aussi, puisque la norme est d'avoir du plaisir en embrassant, celles qui n'ont pas apprécié les sensations du premier baiser doivent faire un effort de redéfinition des sensations ressenties. « Cette redéfinition s'opère par l'interaction avec des utilisateurs plus expérimentés qui, de diverses manières, apprennent au novice à prendre plaisir à ces impressions qui lui font si peur au début » comme l'explique Howard Becker à propos des fumeurs (1985 [1963], p. 77). Les jeunes femmes expriment ainsi leur féminité par identification aux pairs (le plus souvent de même sexe), investis du pouvoir d'établir les références et les normes légitimes. En effet, pour affirmer son appartenance de genre, il faut d'abord faire partie d'un groupe : le premier baiser devient une clé convoitée pour pouvoir y entrer. Lorsque le groupe d'amis sert à valider de nouvelles dimensions identitaires, il peut également devenir un moyen de pression dans la mesure où il met l'individu face à ses difficultés, lui reprochant par exemple de ne pas être encore passé à l'acte.

Le « bon âge » du premier baiser est déterminé par le groupe d'amies, il se situe au plus tard en classe de troisième, « *après ça fait trop tard* », alors qu'il n'y a pas consensus sur l'âge minimum. Cette norme du maximum trouve sa résonance dans les magazines et sites Internet destinés aux jeunes qui publient l'âge moyen au premier baiser et au premier rapport. Ces chiffres sont interprétés par les jeunes comme le « bon âge pour embrasser », l'âge « normal », les jeunes femmes trouvant un appui médiatique pour

⁷ À propos des fumeurs de marijuana, Howard Becker explique que dans les cas où « les premières expériences ont aussi été nettement désagréables, l'individu est quand même devenu un fumeur de marijuana, mais pas avant qu'une expérience ultérieure ne lui ait permis de redéfinir les sensations comme agréables (...). En aucun cas l'utilisation ne continuera si les effets ne sont pas redéfinis comme agréables » (Becker, 1985 [1963], p.76-77).

justifier leur codification du baiser « tardif ». Céline a échangé son « *premier bisou* » à 12 ans, elle explique dans l'entretien l'importance, pour elle, d'être « *comme les autres* », pour pouvoir être « *avec les autres* ».

« Y en a qui l'avaient déjà fait... moi j'ai dû être dans la moyenne, mais bon ouais j'avais des copines qui étaient déjà sorties avec des garçons et d'autres non, bon voilà... Mais on se prenait pas trop la tête sur ça. Mais bon c'est clair que j'étais bien fière et que mes copines elles en ont entendu parler en rentrant [Céline a échangé son premier baiser en vacances, c'est en rentrant de vacances qu'elle a informé ses copines]. Et puis bon c'est clair que je faisais plus partie des petites du collège, là j'étais dans les vraies ! Les vraies filles ! Enfin je sais pas comment t'expliquer mais bon ouais j'étais parmi les filles, j'étais plus une petite gamine de 6^{ème} perdue dans son coin ! Parce que même si ça se sentait pas autant que ça dans l'ambiance générale, j'ai souvenir que ça m'avait rassuré de me dire que moi aussi je pouvais sortir avec un mec si j'en avais envie, enfin j'avais ce pouvoir-là ! Et du coup bah je me suis moins cachée et tout quoi... nan ça a changé un peu du coup en rentrant... » (Céline, 21 ans, étudiante en école de commerce)

Ce premier baiser lui a permis de se sentir une « *vraie fille* » à ce moment-là, dans le sens où cela a doublement valorisé son identité féminine : comme fille du groupe et comme petite copine potentielle. S'engager en tant que fille dans des relations sociales demande de s'être au préalable approprié les comportements expressifs significatifs par lesquels cette expression de soi est rendue possible. Cependant, passer à l'acte ne suffit pas toujours avoir le droit de participer aux conversations du groupe, il faut que l'image de soi soit en adéquation avec ses pratiques. Dounia a échangé son premier baiser à 12 ans (en 5^{ème}). Après celui-ci, elle pensait pouvoir rejoindre les discussions des filles de 3^{ème} (les plus âgées du collège et *a priori* les plus expérimentées), ce qui lui a été refusé en raison de son âge. Pensant que le premier baiser était le « *sésame* » pour entrer dans le groupe, elle a été déçue de rester en marge du groupe car elle faisait encore « *trop bébé* ».

« Les 3^{ème}, elles parlaient de cuni et de fellations et moi, j'avais pas le droit de participer à la conversation parce que j'étais trop petite... trop bébé, trop gamine. Et donc elles voulaient pas... » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

En racontant son premier baiser, elle a cherché à faire reconnaître cette nouvelle facette identitaire de partenaire potentielle aux yeux des membres du groupe. Dounia a raconté son premier baiser en premier à sa « *meilleure amie* » qui, forte de son expérience personnelle, a été en mesure de jouer la carte de l'aînée expérimentée, bien qu'elle ait le même âge.

« Elle [sa meilleure amie] était contente parce que ça faisait longtemps que je lui en parlais. Et puis ça fait « Oh t'es devenue grande et tout, machin », c'est vrai que je sortais pas avec des garçons et tout, alors qu'elle, ça faisait déjà un petit bout de temps qu'elle sortait avec des garçons et tout. » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Les mots de son amie, « *t'es devenue grande* » viennent souligner le fait qu'elle l'a rejointe parmi les filles accomplies, qu'elle a grandi en ayant entamé concrètement sa vie affective et sexuelle. Ce désir de conformité aux pratiques du groupe et cette envie d'expérience commune à partager ont des conséquences sur les biographies. Certaines enquêtées qui fréquentaient des groupes où toutes les filles déclaraient avoir embrassé un garçon ont inventé leur premier baiser, afin d'éviter d'être écartées du groupe ; la stratégie individuelle est alors de masquer la réalité derrière une image valorisante fabriquée. Isabelle a « *eu* » son premier baiser à 14 ans, elle a vu toutes ses copines embrasser des garçons avant d'avoir l'occasion de le faire elle-même. Craignant d'être mise à l'écart, elle a préféré inventer une histoire pour ne pas être « *la petite* » ou « *la nulle* », elle n'a laissé aucun détail au hasard (lieu, période ...) pour la rendre crédible et invérifiable par ses proches. La colonie de vacances est un mensonge facile en raison de sa réputation de lieu de rencontres de jeunes que les proches non présents ne peuvent contrôler.

*« Avec mes copines... je faisais genre j'avais déjà embrassé des mecs en colo (rires)
Bon histoire de pas vérifier quoi (rires)... Ouais ouais, je l'ai fait plein de fois ! »
(Isabelle, 23 ans, coiffeuse)*

Cet exemple souligne l'importance du premier baiser dans la relation entre l'individu et le groupe. Pour Isabelle, il s'agit de garder la face (de sauver la façade au sens d'Erving Goffman, 1973a) de faire croire qu'elle a été « *petite amie de* » pour continuer à faire partie du groupe, confirmant également son identité de femme. La pression des pairs sur les pratiques sexuelles des individus durant le temps du collège est relativement forte, de nombreux témoignages dans les entretiens vont en ce sens. Si Isabelle ment pour faire partie du groupe, Fatima choisit quant à elle de passer à l'acte un peu précipitamment à 14 ans pour pouvoir être et faire « *comme les autres* », pour pouvoir agrémente les discussions entre copines de ses propres expériences.

« C'était uniquement parce que j'étais verte de rage parce que mes copines avaient toutes embrassé quelqu'un et que moi ça m'était jamais arrivé ! » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

L'objectif d'Isabelle et de Fatima est identique : en dissimulant la réalité ou en provoquant leur premier baiser, elles ont montré qu'elles étaient membres du groupe de filles. Il y a donc dans les groupes de pairs une tendance à l'adaptation des pratiques individuelles aux normes collectives qui, au-delà du désir de nouvelles expériences, s'érigent en « *devoir* » pour ne pas se retrouver en marge ou exclu. Ce « *devoir* » de

passer à l'acte apparaît à certaines jeunes femmes comme une pression difficile à gérer, comme l'explique Maria.

« Enfin tu vois, l'initiation à la vie amoureuse au collège moi je trouve que ça a un côté violent, ça a un côté pression sociale qui est super fort et moi j'étais jamais sortie, enfin je m'étais pas sentie comme la risée de tous, ridicule et tout... mais je pense que quelque part, enfin j'avais quand même un côté... bah ouais, moi je suis jamais sortie avec un garçon. Et ça pèse !(...) Je devais le faire » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

La (re)connaissance par les pairs du premier baiser est importante car elle inscrit les individus dans un groupe qui reconnaît leur entrée dans une vie sexuelle active, ce qui explique pourquoi les ami(e)s, lorsqu'ils n'assistent pas à ce premier baiser, figurent parmi les premiers informés ; le baiser valorise et valide certaines dimensions identitaires. Ceci permet de comprendre pourquoi, pendant cette période, il n'est pas stratégique, ni avantageux, de cacher ses pratiques amoureuses aux pairs, car même si le choix du partenaire, du premier baiser est contesté ou critiqué par les amies, il semble qu'il vaille mieux être sortie avec quelqu'un plutôt que de « rester à la traîne », en restant « la pucelle de la bouche » comme le dit Siria. Le désir de conformisme vis-à-vis du groupe se traduit par une forte pression qui s'exerce surtout au début de la biographie sexuelle des individus et « tant que les regards des autres jouent un rôle déterminant, la morale amoureuse est vouée à l'hétéronomie et à la dépendance aux normes du groupe » (Duret, 1999, p. 99). Ceci s'observe également dans le contenu des discussions où le groupe de copines a tendance à faire reculer les limites de la sphère privée au nom de la complicité et du droit de regard sur l'intimité de ses membres. Mais il n'en va pas de même avec l'entourage familial⁸, car si les amis sont les premiers informés (ils sont parfois même spectateurs), l'entourage familial n'est quant à lui pas nécessairement au courant ; pour les jeunes, la reconnaissance des pairs passe avant celle de leurs familles.

Les limitations de « l'affichage » du premier baiser

Les individus composant « l'entourage familial » ne sont pas tous égaux face à la diffusion de l'information : la fratrie et les parents ne sont pas tenus informés des mêmes choses, ni au même moment. Dans les familles où la sexualité des jeunes est reconnue et tolérée si ce n'est autorisée, la fratrie a un avantage sur les parents lorsque

⁸ L'entourage familial comprend les parents, la fratrie et parfois les oncles et tantes et les cousin(e)s. Dans les récits, les cousin(e)s sont souvent des interlocuteurs équivalents à la fratrie ou peuvent s'y substituer.

l'écart d'âge est faible (cette proximité facilite les confidences). A contrario, les frères et sœurs sont mis à l'écart lorsqu'ils sont beaucoup plus âgés ou beaucoup plus jeunes. Dounia, par exemple, l'a annoncé à la fois à sa « meilleure amie » et à sa sœur (âgée d'un an de moins qu'elle) même si à sa grande surprise cette dernière n'a pas été réceptive.

« D'ailleurs, je pensais, quand je suis sortie avec mon copain, je me suis dit « oui elle va me poser plein de questions » elle s'intéresse aux garçons et tout ! Mais en fait non y a que maintenant qu'elle s'intéresse aux garçons... et un tout petit peu... donc y a deux ans elle allait pas venir m'en parler » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Lorsque l'écart d'âge est faible dans la fratrie, la proximité permettant la confiance se joue aussi sur l'identité de genre. Stéphanie va plutôt voir sa sœur pour parler et son frère pour le questionner sur les hommes. « L'indice d'homophilie montre qu'à tous les âges, les confidences s'échangent de façon privilégiée avec des personnes d'âges proches » (Ferrand, Mounier, 1993, p. 1466). La confiance dans la fratrie n'est donc pas évidente dans la mesure où cela peut mettre en concurrence les biographies affectives. Prenons l'exemple d'Isabelle dont la sœur (de sept ans son aînée) a présenté son petit copain à toute sa famille à l'âge de 17 ans (Isabelle avait 10 ans). S'habituant à voir sa sœur avec son petit ami, Isabelle a voulu montrer qu'elle pouvait rattraper sa sœur sur ce point et ceci l'a conduite à amener son deuxième petit ami dans la maison familiale (elle avait 14 ans). Son objectif était clair, il lui fallait prouver qu'elle aussi pouvait avoir une relation affective officielle.

« Non, je le disais à ma sœur comme ça, par fierté, pareil... C'est assez ridicule en fait quand on y pense. Ma sœur elle en avait rien à faire, elle a sept ans de plus que moi donc heu, ça devait être des petites histoires de gamine pour elle quoi. Mais par contre le deuxième, ouais, je l'ai ramené à la maison et tout pour bien lui faire comprendre que moi aussi j'avais le droit d'avoir une relation. Étant donné que j'étais un petit peu jalouse de ma sœur qu'avait une relation depuis, depuis ses 17 ans donc ça veut dire que ça faisait longtemps qu'il était à la maison et tout ça. Et je voulais lui montrer que moi aussi je pouvais avoir une relation. » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

S'il y a un enjeu dans l'annonce des premières relations aux amis proches, il en va parfois de même dans la fratrie, donc l'objectif est identique : revendiquer une vie affective et sexuelle active. Avec les parents, les confidences concernant le premier baiser sont plus aléatoires. Tout d'abord, il y a les jeunes femmes qui ont raconté rapidement à leurs parents leurs premiers baisers, leurs premières histoires affectives, annonçant leur entrée dans la vie sexuelle active. Ensuite, il y a celles qui ont attendu que l'événement fasse partie du « passé » pour annoncer que c'était chose faite (souvent parce que leur pratique entraine en contradiction avec les normes parentales). D'autres

jeunes femmes n'ont pas raconté explicitement leur premier baiser, ceci leur paraissant « évident » (visible pour tous) : l'annonce officielle n'était donc pas pertinente. Et enfin, il y a celles qui ne l'ont jamais dit, mettant leurs parents à l'écart, soit car ils leur interdisaient toute activité sexuelle, soit pour marquer définitivement leur monde personnel.

Le premier baiser de Sandra a été organisé, son partenaire et elle avaient décidé du jour, de l'heure et du lieu. Elle a choisi d'en informer ses proches avant de passer à l'acte afin d'avoir leurs avis, cherchant à se rassurer du même coup. C'est donc d'abord vers deux copines, puis sa mère, qu'elle s'est tournée.

« À ma mère... je lui ai dit avant que j'allais sortir avec le mec. Mon père je lui ai pas dit, peut-être que ma mère lui a dit mais pas moi... Pour moi en 3^{ème} c'est un truc qui regardait que les filles, donc pas mon père. Je l'ai dit à ma sœur je crois... enfin ça a même pas duré deux jours. » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Les copines de Sandra ont été les témoins oculaires du baiser, quant à sa mère, elle a eu une place de choix car elle est toujours disponible pour l'écouter (Sandra a pris l'habitude de lui raconter ses coups de cœur) et est toujours présente au domicile. Sandra ne voulait pas informer son père de sa relation « *c'est un truc qui ne regarde que les filles* ». Selon elle, elle a été contrainte d'expliquer ses changements d'humeur et surtout pourquoi un jour elle « *faisait la gueule* ».

« Ça a même pas duré parce qu'il m'a larguée au téléphone et ce jour-là, y avait mes grands-parents... donc ils ont su aussi parce que je faisais la gueule ! » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Les jeunes femmes paraissent donc avoir du mal à camoufler leurs émotions en cas de rupture. Stéphanie a aussi dû rendre des comptes à sa mère pour expliquer ses changements d'humeur.

« Ma mère, je lui ai dit et bon parce que j'ai fait la gueule pendant deux jours... parce que j'avais pas de nouvelles ! » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Les sautes d'humeurs perceptibles pour autrui ont trahi plusieurs enquêtées. Elles n'avaient pas choisi de raconter leur premier baiser. Si Sandra l'avait déjà annoncé à sa mère, elle ne souhaitait pas en informer toute la famille. Stéphanie, elle, n'avait pas prévu de le dire et aurait préféré garder le secret. Mais partager le domicile avec sa famille impose à chacun des membres de dévoiler une partie du quotidien lorsque cela a des conséquences sur l'ambiance générale.

Plusieurs jeunes femmes n'ont pas raconté leur premier baiser à leur mère (ou autre(s) membre(s) de la famille) sous prétexte que celle-ci devait s'en douter. Maria par exemple a échangé son premier baiser à 14 ans, c'était un « *un peu tard* » par rapport à ses copines selon elle. Pour cette raison, elle n'a pas confirmé son « retard » à sa mère, pensant que celle-ci considérerait que cela était déjà fait.

« Toutes mes copines du collège étaient au courant, ma mère devait s'en douter parce que c'était la saison, enfin c'était l'âge... et puis en plus il habitait pas loin du tout ! » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Enfin, une partie des enquêtées n'a pas raconté son premier baiser parce que ce n'était pas possible dans leurs familles (ni avec leurs mères), soit parce que toute relation affective était proscrite, soit parce qu'un conflit avec leurs parents ne leur permettait pas de raconter ce moment pourtant important pour elles, soit par autocensure, les jeunes femmes estimant avoir « fait » ce premier baiser « *trop tôt* » ou « *trop tard* ». Ne pas avoir vécu le premier baiser au « *bon moment* » ou « *avec la bonne personne* », selon les critères familiaux, place celui-ci dans le registre de l'« *interdit* » et de l'indicible (et si ce processus est sensible à propos du premier *flirt*, il l'est bien davantage dans le cas des rapports sexuels (Cotton *et al.*, 2004)). Toutefois, il faut souligner que les jeunes femmes qui n'ont pas, ou peu, décrit leur premier baiser à leurs proches (amis et parents), ou qui n'en ont pas parlé, sont plus nombreuses que les autres à ne pas avoir apprécié leur premier contact buccal. Car si le premier baiser est une pratique valorisée par le groupe, les sensations ressenties sont censées coller au plus près des descriptions faites par les magazines féminins : un baiser doit être romantique, érotique, agréable voire drôle. Or bon nombre de jeunes femmes sont loin de décrire des sensations aussi agréables que celles lues ou entendues. Ainsi, elles semblent déçues de ne pas avoir des impressions communes à celles décrites par les magazines, qui sont leurs seules références lorsqu'elles n'osent pas ou ne peuvent pas en parler à leurs pairs, comme le raconte Ludivine à propos de son premier « *gros bisou dégueulasse avec la langue* ».

« On s'est embrassés et voilà. Et après je suis rentrée chez moi, c'était immonde ! J'étais dégoûtée... je suis rentrée en me disant que c'était dégueulasse ! Je pensais pas que c'était comme ça ! (...) C'était un gros bisou dégueulasse avec la langue, un smack je m'en fous ! Là c'était dégueulasse, franchement ça m'a foutu un très mauvais souvenir. » (Ludivine, 20ans, étudiante en école de commerce)

« La mise en image du baiser profond – chronométrée par le cinéma hollywoodien dans les années 1950 – a, semble-t-il, contribué à faire du baiser une pratique de masse » (Lagrange, 1998, p. 139), mais elle a également contribué à imposer une manière

d'embrasser et un type de sensations liées au baiser. Aussi, comme Ludivine, Fatima, s'attendait à certaines sensations, ayant comme références les scènes romantiques des films dans lesquelles les baisers durent plusieurs minutes, paraissent intenses et agréables. Son premier baiser n'a cependant eu aucun point commun avec ceux des films ; les sensations éprouvées étaient très éloignées de ses attentes et des descriptions de ses copines.

« J'ai trouvé ça écœurant d'embrasser. Bah en fait je l'ai embrassé une fois et après je l'ai pas refait. Et je l'ai pas refait avant longtemps en fait. En même temps je me disais : c'est pas possible que tu trouves ça dégueulasse, c'est dans les films et tout, et franchement c'est que tu l'as pas bien fait ! (rires). Et puis j'ai recommencé, et j'ai toujours trouvé ça aussi dégueulasse (...). C'est-à-dire qu'entre mes 14 et mes 20 ans j'ai trouvé ça dégueulasse. Mais ce qui m'empêchait pas quand j'avais un petit copain de me dire « oh ça se fait pas, faut le faire ! » et donc je le faisais mais j'aimais pas » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

L'importance du premier baiser contraint les individus qui ne partagent pas les « bonnes » sensations à se remettre en question, avec l'appréhension d'être « anormaux », de ne pas apprécier ce que « tout le monde apprécie », de ne pas aimer ce qui est valorisé dans les médias, les films mais surtout dans le groupe d'amis. D'autres jeunes femmes disent avoir été « dégoûtées » après cet échange de langues. Leur description de ce baiser est insistante et tranchante : un échange de langues et de salive, de bave et de dents. Le premier baiser est alors un moment paradoxal : il est favorable à l'individu puisqu'il renforce l'identité de genre et de jeune, mais il peut être très décevant dans son potentiel sensuel et peut perturber l'assurance qu'on avait de pouvoir appartenir au groupe de filles. Reconnaître, comme Fatima, qu'on n'aime pas les baisers peut être interprété par les autres membres du groupe comme le fait que l'on ne sait pas embrasser ou que l'on n'est pas assez « mûre » pour apprécier ce type de pratiques, et ces éléments de jugement renvoient la jeune femme dans les dimensions antérieures de son identité, régressant au stade de « petite fille ». Quand elles osent dire qu'elles n'ont pas apprécié leur premier baiser, les jeunes femmes incriminent leur partenaire et sa technique, comme Cindy qui raconte que son premier copain « *faisait des bisous comme un escargot* ».

« Ah oui, si, c'était... J'avais 12 ans, c'était en colonie de vacances, c'était la première fois qu'j'embrassais avec la langue, c'était l'horreur. Ooohhhh, ça m'avait dégoûtée. J'ai eu l'impression de sortir avec un escargot, le mec il s'appelait Cédric, il était trop beau gosse... mais euh... ah ouais... une sale expérience quoi, j'avais l'impression qu'après, quand il m'avait fait un bisou dans l'cou, j'avais l'impression après il s'était essuyé toute la bave dans mon cou c'était horriiiiible... j'me souviens c'était... dégueulasse. » (Cindy, 24 ans, étudiante en AES)

Solenn, elle, reproche à son partenaire de ne pas avoir su embrasser et lui fait porter toute la responsabilité de cette tentative romantique ratée.

« Bah donc c'était pas génial génial ! Déjà bon lui voilà... c'était lui quoi... avec bon euh (rires) bah son style quoi ! Et puis quand on est arrivés au moment de s'embrasser là j'ai trouvé ça dégueulasse ! J'ai cru que j'allais mourir étouffée presque (rires) ! Il tournait sa langue dans tous les sens c'était horrible... c'était comme si y avait le concours d'aller le plus vite possible, franchement c'était nul, et en plus y avait plein de bave... vraiment j'ai pas aimé ! » (Solenn, 15 ans, 3^{ème} BEP)

Le premier baiser est et doit être publicisé pour que les individus tirent le bénéfice identitaire de ce passage à l'acte. La reconnaissance passe par sa visibilité et surtout par sa médiatisation auprès des proches. L'analyse de la révélation du premier baiser nous amène à constater la prédominance de la sphère féminine dans les discussions ayant trait aux relations affectives dans les premiers temps de la biographie sexuelle. Dans les groupes de pairs, les confidences sur le premier baiser se font davantage entre individus du même sexe. Dans la fratrie, la sœur est plus souvent sollicitée que le frère ; enfin, plus que les parents, c'est avec leur mère que les jeunes femmes ont parlé de leur premier baiser et des suivants, le père étant rarement sollicité⁹. Il paraît donc pertinent de prendre en compte la dimension du genre en matière du choix de l'interlocuteur-confident. Que ce soit dans les discussions entre amis ou avec la famille, les jeunes femmes confient leur premier baiser à leurs amies, à leurs sœurs ou à leurs mères, il y a donc une forte proximité sexuée en matière de confidences qui nous autorise à parler d'une « sphère féminine de confidences ». Nous entendons par « sphère féminine » l'ensemble des relations comprenant uniquement des individus de sexe féminin : les copines, les mères, les sœurs et les cousines (plus rarement les tantes). Alexis Ferrand et Lise Mounier (1993) avaient constaté auprès de la population adulte d'une part qu'on se confie davantage à des individus de même sexe, et d'autre part que les femmes se

⁹ Les jeunes femmes de l'enquête qui citent leur père comme confident en matière de sexualité et plus précisément au moment de leur premier baiser sont le plus souvent celles dont la mère est décédée et qui nouent un nouveau type de lien avec leur père. Ceci est une observation faite exclusivement sur une partie infime de notre corpus, qu'il pourrait être intéressant d'approfondir par la suite. Néanmoins, même lorsque les jeunes femmes se confient à leur père, elles disent ne pas insister sur les points précis de la sexualité mais davantage sur l'aspect relationnel de leur histoire affective.

confient plus que les hommes. Par ailleurs, ils avaient mis en évidence la prédominance de l'amitié dans les discussions sur la vie affective et sexuelle, ce que l'on retrouve auprès de la population jeune, même si les relations dans la parenté occupent une place importante. L'importance du groupe de pairs dans les débuts de la biographie sexuelle amène les jeunes femmes à parler toujours plus de leur vie sentimentale.

« Puisqu'il est socialement valorisé de sortir avec un partenaire, le jeu amoureux lycéen a pour principe l'exhibition des relations de *flirt*, la publicité généralisée faite aux transactions réussies, aux échecs, aux disputes et aux ruptures. Dès l'établissement de la transaction, il y aura donc exhibition du couple, mise en scène de l'affection et de l'amour, ce qui n'est nullement contradictoire avec la sincérité des sentiments éprouvés par les acteurs. L'existence de la relation doit être exprimée publiquement par des gestes de tendresse et de connivence lorsque les amoureux sont dans le même lycée, par des sorties entre amis et par des attentes mutuelles à la sortie du lycée du partenaire lorsqu'ils sont dans des établissements différents » souligne Philippe Juhem (1995, p. 32). Dans ce contexte, une relation de flirt secrète n'aurait que peu d'intérêt puisqu'elle n'apporterait aucun prestige. Néanmoins, certaines histoires imposent un secret au moins relatif : lorsqu'il y a une forte différence d'âge entre les partenaires par exemple, ou lorsque la relation est jugée illégitime, ou encore lorsqu'elle est considérée comme trop précoce. Le secret peut être ressenti comme nécessaire pour que la relation s'établisse et dure, c'est-à-dire pour que les sanctions de l'entourage (amis et famille) ne stoppent pas immédiatement l'intérêt qu'ont les partenaires à être ensemble. Il est alors relatif puisque dans tous les cas rencontrés, une petite partie de l'entourage est informé de la relation (le cercle restreint qui a accès à l'officieux). Lorsque les histoires imposent le secret, les parents en sont bien souvent tenus à l'écart (au moins pendant un certain temps) et quand ils sont mis au courant, le récit qui leur est fait est reconstruit et embelli, de manière à leur rendre l'expérience acceptable et audible.

Le premier baiser illustre la façon dont le « *jardin privé* » doit nécessairement ouvrir ses portes pour être validé par les proches et devenir bénéfique pour l'individu, lui permettant de valoriser de nouvelles dimensions identitaires. L'étude des premiers rapports sexuels devrait permettre de saisir les conditions d'ouverture et de fermeture des portes dans un domaine réputé davantage privé, intime, ce qui soulignera la nécessité d'élaborer un espace privé sur mesure par les jeunes. Ceci aura pour objectif de saisir le « décalage entre ce qui est public et ce qui est caché, ce qui peut apparaître en pleine lumière et ce sur quoi on ferme les yeux » (Boltanski, 2004, p. 95). Pour cela,

nous reprendrons les distinctions élaborées par Pierre Bourdieu (1987) entre l'officiel et l'officieux, ce qui nous aidera à comprendre les enjeux de la socialisation à la sexualité dans la gestion de la vie privée et, par extension, de la contraception.

3. AVOIR ET RACONTER SON PREMIER RAPPORT SEXUEL, UN ENTOURAGE FEMININ

Les enjeux amenant les jeunes femmes à dire ou non qu'elles ont un partenaire à leurs parents, à leur fratrie ou à leurs pairs varient selon le lieu de rencontre du jeune homme, la projection de la relation dans l'avenir, mais aussi selon l'image du partenaire idéal qu'ont les interlocuteurs. La diversité des sentiments éprouvés pour leurs partenaires a également des conséquences sur la narration de la relation affective. Ce qui nous amène à souligner le rôle et l'influence du groupe de pairs sur le processus décisionnel quant au choix du partenaire (Juhem, 1995). En effet, les jeunes femmes ne parlent pas des mêmes partenaires à leurs copines, leurs parents ou à leur fratrie ; chacun aura des morceaux de vie, des aperçus de leur biographie, selon son statut et sa relation avec elles. Ces divers éléments mettent en lumière les tensions liées au récit des pratiques, selon les conduites prescrites et proscrites par les membres de l'entourage, mais aussi l'intérêt et l'importance de la construction, puis de la consolidation d'un « *jardin privé* » (ou « *jardin secret* ») au moment de l'entrée dans la biographie sexuelle.

C'est pendant la période allant de la fin du collège (classe de troisième) à la fin du lycée que la majorité des jeunes femmes interrogées ont eu leur premier rapport sexuel¹⁰ avec

¹⁰ Nous entendons ici par « premier rapport » les rapports sexuels qui ont été souhaités, négociés ou influencés, mais nous excluons les rapports sexuels forcés (viols). En effet, en partant de la définition des jeunes femmes rencontrées, nous n'appelons « premiers rapports » que ceux que les jeunes femmes considèrent ainsi.

pénétration vaginale¹¹, c'est-à-dire entre leurs 14 et 19 ans¹² et le plus souvent après une phase plus longue des premiers baisers aux premières caresses [qui] constitue à proprement parler « l'espace du flirt » (Lagrange, 1998, p. 162). Pour la plupart, l'entrée dans la vie sexuelle a été « classique » : d'abord un premier baiser puis le premier rapport ; ce que met en exergue Hugues Lagrange : « la séquence que nos contemporains considèrent comme naturelle – on commence par s'embrasser puis on échange des caresses et, enfin, il y a des contacts avec les organes génitaux » (Lagrange, 1998, p. 139)¹³. À condition que le premier rapport n'ait pas été forcé, il était demandé aux enquêtées pourquoi elles avaient eu leur premier rapport et dans quel contexte celui-ci s'était déroulé. Ainsi, si pour les jeunes femmes il est plus facile de « *sortir avec* » un jeune homme que de « *coucher avec* », c'est bien qu'elles n'accordent pas la même importance à ces deux types de relations. Cette différence entre embrasser et coucher est sensible aux moments des premières fois : les jeunes femmes ne racontent pas de manière identique leur premier rapport sexuel et leur premier baiser.

« On n'oublie pas le *premier rapport*. Il fait partie de ces événements qui s'impriment profondément dans la mémoire des individus, car ils marquent un passage et semblent annoncer tout un destin » rappelait Michel Bozon à la suite de l'enquête ACSF (1993, p. 1317). On ne raconte pas à tout le monde son premier rapport, sa communication est dépendante de plusieurs facteurs et l'interlocuteur en est un d'une

¹¹ Les premiers rapports hétérosexuels représentent en général l'initiation à l'activité sexuelle (Laumann, Gagnon, 1994). Edward Laumann, John Gagnon *et al.* soulignent dans leur enquête que « parmi ceux qui désiraient avoir leur premier rapport vaginal quand cela s'est passé, seulement un peu plus de la moitié des hommes interrogés déclaraient qu'ils étaient motivés par une curiosité sexuelle, et un quart l'ont fait par affection envers leur partenaire. Presque la moitié des femmes interrogées ont indiqué l'affection pour leur partenaire comme raison pour faire l'amour la première fois, et moins d'un quart ont cité la curiosité sexuelle comme motivation principale (48% et 24% respectivement). Environ 3% des femmes seulement ont déclaré que le plaisir physique était leur principale raison pour avoir des rapports une première fois, comparé à quatre fois plus d'hommes qui le disent (12%) ». Ils ajoutent « On peut tirer trois conclusions essentielles sur les premiers rapports. Tout d'abord, avec le temps, les gens ont leur première expérience de plus en plus jeunes. Alors que l'âge moyen au moment des premiers rapports va vers une convergence indifféremment du genre et de l'ethnie, les hommes ont eu historiquement (et continuent d'avoir) des relations sexuelles quelque peu plus tôt que les femmes. Deuxièmement, de plus en plus de gens ont des relations sexuelles (pré maritales) plus tôt dans leur vie. Parmi les plus jeunes interrogés, la majorité n'était plus vierge à 18 ans : la moitié avait eu leurs premiers rapports entre 15 et 17 ans. Troisièmement, les différences entre les genres sont fortes dans la sexualité des adolescents. Les hommes commencent plus tôt, ont davantage de partenaires et sont motivés par la curiosité et leur intérêt personnel ; les femmes commencent plus tard, ont des relations avec un conjoint ou un amant plus sérieux et utilisent le contrôle des naissances davantage que les hommes » (1994, p. 332-333, traduction personnelle).

¹² Plusieurs études ont témoigné d'une tendance générale dans les années 1960 à une augmentation des femmes à s'engager dans les relations sexuelles avant le mariage, et une accélération dans ce sens pendant les années 1970 (Zelnik et Kantner 1972, 1980 ; Vener et Steward 1974).

¹³ Cette forme « classique » est pourtant relativement récente puisqu'elle ne s'est établie que progressivement aux États-Unis et en Europe au cours de la première moitié du XX^e siècle. Cette progression dans les pratiques est devenue une norme encadrant les premiers temps de la vie sexuelle.

importance particulière. Depuis les travaux d'Alexis Ferrand et de Lise Mounier, on sait qu'il existe des principes sociaux qui gouvernent les échanges de secrets et le choix des confidents : un jeune choisit plutôt un jeune, une femme parle moins volontiers à un homme (Ferrand, Mounier, 1993). Le lien de confiance s'ajoute à une relation qui comporte déjà un autre lien : un parent, un collègue ou un ami devient *en plus* un confident (Ferrand, 1997, p. 50). Reprenons les caractéristiques de la confiance mises en exergue par Alexis Ferrand (1991, p. 8) : la confiance suppose le langage, elle porte sur des contenus spécifiques (c'est une interaction qui a trait aux « coulisses » dit-il, en faisant référence à Erving Goffman), elle suppose que le secret ne sera pas galvaudé ; elle est le résultat d'un choix réciproque ou univoque. Nous avons montré que parmi les différents types de liens autorisant des discussions sur la vie affective et sexuelle, l'amitié prédomine largement, soulignant un fort enjeu identitaire.

L'annonce du premier rapport sexuel est plus sélective, moins médiatisée car celui-ci fait partie de ce « *jardin* » que certaines appellent « *privé* » et que d'autres nomment « *secret* », mais qui signifie pour toutes leur monde intime, dont elles seules érigent les lois et détiennent les clés. Si l'amour réciproque et authentique (clé de voûte du scénario de la première fois) est indispensable pour dire le premier rapport, l'âge des partenaires a également une importance notable. En effet, selon que les jeunes femmes aient été « *trop jeunes* » lors de leur première fois (par rapport à leurs amies) ou que leur partenaire ait été « *vieux* » (plus âgé), c'est en s'éloignant du « *bon âge pour le faire* » qu'il devient difficile de dire. La distance par rapport à la norme et aux valeurs du groupe de pairs et de la famille ne favorise pas la parole.

Les jeunes femmes sont responsables de leur « *jardin privé* » et gèrent la diffusion des informations selon ce qui doit être officiel et ce qui doit rester officieux. Nous reprendrons la définition proposée par Pierre Bourdieu : « un certain nombre d'actes deviennent officiels dès qu'ils sont publics, publiés (les bans de mariage). La publication est l'acte d'officialisation par excellence. L'officiel est ce qui peut et doit être rendu public, affiché, proclamé à la face de tous, devant tout le monde, par opposition à ce qui est officieux, voire secret et honteux » (Bourdieu, 1987, p. 100). Luc Boltanski revient lui aussi sur l'opposition officiel/officieux et précise que « ce qui est officieux peut être connu de tous et le fait qu'un événement devienne officiel ou public ne va pas nécessairement de paire avec un surplus d'information, mais, sur ce qui est connu officieusement, on peut fermer les yeux, tandis qu'on ne le peut pas sur ce qui est

connu officiellement » (Boltanski, 2004, p. 96). Ces deux auteurs montrent que la distinction entre l'officiel et l'officieux ne se situe pas tant au niveau du contenu de l'information qu'à celui de l'information elle-même, sur la façon dont elle est distribuée en fonction des interlocuteurs. En effet, certaines pratiques sont officieuses pour certaines personnes mais sont officielles pour d'autres ; certaines pratiques tendent à s'officialiser avec le temps, tandis qu'une information officialisée ne peut jamais plus devenir officieuse. L'étude de la sexualité amène à nuancer l'officieux et le secret car le secret offre, en quelque sorte, la possibilité d'un autre monde à côté du monde visible, c'est son contenu qui importe (Simmel, 1999 [1908]), alors que l'officieux tire sa puissance uniquement du non-dit. En conséquence, il y a une différence de contenu et de contenant entre officieux et secret. Si pour certaines jeunes femmes il est important de ne pas dire qu'elles ont eu des rapports sexuels (secret), d'autres, sachant qu'une certaine partie de leur entourage le sait, préfèrent que ce ne soit pas publicisé dans des cercles relationnels élargis (officieux). Ceci nous amène à nous interroger sur l'officieux et le secret mais également sur l'officialisation des rapports sexuels. En nous appuyant sur les discours tenus sur le premier rapport, nous chercherons à voir si l'importance que cette relation revêt pour les enquêtées et sa spécificité dans leur biographie sexuelle expliquent leur mise en mots, puis nous nous interrogerons sur le groupe de pairs et l'entourage familial comme interlocuteurs potentiels.

3.1. ***Une première fois « inaugurale »***

Le champ lexical utilisé par les jeunes femmes pour parler de leur première fois est très proche de celui qu'elles choisissent pour raconter le premier baiser : le premier rapport sexuel doit également être « *parfait* », c'est-à-dire « *théoriquement réussi* » comme le dit Fanny (24 ans). Au même titre que le premier baiser, le premier rapport est celui qui reste dans les souvenirs, celui que l'on raconte plus tard et dont il faut pouvoir être « *fière* » pour avoir la possibilité de le relater : « on n'oublie pas le premier rapport » rappelle Michel Bozon. « Il fait partie de ces événements qui s'impriment profondément dans la mémoire des individus, car ils marquent un passage et semblent annoncer tout un destin. Ces propriétés sont liées : si la mémoire s'empare du premier rapport et le fixe, c'est bien parce qu'il représente une étape hautement symbolique, celle des premiers pas dans la sexualité adulte » (Bozon, 1993b, p. 1317), et la spécificité du premier rapport est soulignée dans l'expression « *l'avoir fait* », histoire de pouvoir dire sans nommer, (ce que l'on retrouve également dans l'expression anglo-saxonne

« *women who do it* »). Mais c'est aussi parce qu'il est irréversible qu'il doit être réussi, car même si la libération des mœurs a transformé le rapport à la sexualité et plus précisément à la virginité, il semble que le premier rapport n'ait pas été banalisé pour autant. Il conserve un sens, une place spécifique dans la vie des individus et plus particulièrement dans leur biographie sexuelle, puisqu'il inaugure l'entrée dans la « sexualité adulte » (Laumann *et al.*, 1995 ; Ericksen, Steffen, 1999 ; Lagrange 1998 ; Bozon, 2002 ; Le Gall, Le Van, 2007) et reste une expérience symbolique décisive séparant ceux qui l'ont vécue des autres.

Aujourd'hui, la socialisation à la sexualité s'opère moins en référence à des normes et des valeurs dominantes s'imposant à tous (Le Gall, Le Van, 2003, p. 35), mais la virginité demeure importante pour plupart des enquêtées. Si le premier baiser n'entraîne aucune modification physique, le premier rapport laisse son empreinte à l'intérieur du corps, irrémédiablement, sans possibilité de retour en arrière, de faire croire qu'il n'a pas eu lieu ; le symbole de la virginité reste fort dans notre société. Même si aujourd'hui le poids de la religion catholique est amoindri, ce n'est pas pour autant que les jeunes ont des rapports sexuels totalement libres, comme le rappellent Didier Le Gall et Charlotte Le Van (2003 p. 36). « Il leur [aux filles et jeunes filles] revient de décider du moment de cet acte inaugural de l'entrée dans la sexualité adulte. Non pas que ce choix soit totalement « libre », puisqu'il n'est guère possible de se dégager totalement des contraintes sociales qui nous façonnent, mais il s'agit bien pour elles désormais, mieux informées que leurs mères de la « chose sexuelle », d'effectuer un choix solitaire auquel il leur faut donner sens » (Le Gall, Le Van, 2003, p. 36).

Aurélia a eu son premier rapport sexuel à 15 ans. Son partenaire avait 16 ans, ils sortaient ensemble depuis 3 mois, pour elle cela devait être parfait, aucun paramètre ne devait être laissé au hasard, elle a choisi le moment, le lieu, la musique... l'ambiance générale.

« Je voulais attendre d'être vraiment dans l'ambiance (...) La veille on avait failli et finalement bah non ! Je lui avait dit « non c'est pas bien, là c'est pas bien faut que ça soit parfait » c'était dans une baignoire et tout. En fait on était déjà... j'étais pas... bah on se voyait à poil depuis longtemps... et puis bon je lui avais dit « bon on n'a qu'à le faire demain, en rentrant du lycée, y aura personne ! ». Je voulais que tout soit parfait, alors j'avais... enfin voilà il fallait que j'ai la musique que j'avais préparé et tout... Fallait qu'il y ait une bonne musique, ouais ! Et puis ça s'est bien passé ! C'était bien. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Ce nécessaire « *parfait* » ne concerne que le premier rapport pour Aurélia, très exigeante quant à son contexte et à son déroulement. Lors des rapports sexuels suivants,

les critères de perfection ont été revus à la baisse. Cette quête de perfection se rapproche de ce que Didier Le Gall et Charlotte Le Van ont appelé « l'idéal de la première fois » (2003, p. 40). Parmi les principes encadrant l'acte inaugural de la « sexualité adulte », en plus de ceux énoncés dans le choix du petit copain, nous avons remarqué la récurrence de la notion de délai d'attente avant la première fois¹⁴. Une jeune femme doit attendre, mais surtout elle doit faire attendre son partenaire avant d'avoir sa première fois, dans le but de tester celui-ci, de voir son implication dans la relation. Pendant cette attente, les jeunes femmes cherchent à savoir si leur partenaire envisage uniquement un rapport sexuel ou s'il désire une relation affective. Ludivine a eu son premier rapport à 16 ans, son partenaire avait « *au moins 17 ans* » assure-t-elle (comme pour insister sur l'importance d'avoir vécu sa première fois avec un partenaire plus âgé). Elle est fière d'avoir réussi à le faire « *patienter* », ce qui lui a permis d'être sûre que « *c'était le bon (...)* qu'il n'était pas là que pour le cul ! ».

« Au bout de deux mois ça s'est fait. Ouais je crois que ouais, on s'était dit avec mes copines genre faut attendre et tout au moins pour la première fois. Et je pense qu'au bout de deux mois au niveau temps c'était bon. Donc après ça s'est fait naturellement. » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Si l'idée de « *délai* » fait consensus parmi les jeunes femmes interrogées, la durée d'attente varie dans les entretiens (de deux semaines à six mois), avec une moyenne qui se situe autour de deux ou trois mois après le début de la relation. L'attente fonctionne comme une norme supplémentaire encadrant la première fois, la discussion entre Edwige et sa cousine en témoigne. Edwige a eu son premier rapport à 15 ans, et bien que son expérience soit récente, sa cousine, de trois ans son aînée, l'a appelée pour lui demander des conseils quant à son premier rapport.

« Ma cousine, là elle vient d'avoir son premier rapport et tout, elle va avoir 18 ans, et elle se fait toujours arnaquer par les gars et tout. Là elle m'appelle et me dit : "là je sors avec un gars, je l'adore et ça fait une semaine" je l'ai coupée et je lui ai dit attention, une semaine... va pas faire ça au bout d'une semaine... même si je voulais pas lui faire la morale, une semaine c'est bon... ça suffit pas ! » (Edwige, 15 ans, lycéenne)

Pour ces deux jeunes femmes, si le premier rapport ne s'inscrit pas nécessairement dans une relation de longue durée, il ne doit pas pour autant être « *bradé* » en raison de sa

¹⁴ Même si le premier rapport sexuel s'opère assez rapidement dans le cours d'une relation par rapport aux autres périodes, aux autres pays (Bozon, 1991b ; Bozon, Heilborn 1996 ; Kaufmann 2001), « cette sexualisation rapide des relations amoureuses peut être interprétée comme un élément d'une seconde phase du processus de civilisation, marquée par l'assouplissement des contraintes extérieures (ici, la prescription de la continence sexuelle) lorsque les individus ont suffisamment incorporé l'autocontrainte sociale » (Bozon, Heilborn, 1996).

dimension symbolique. La fonction du délai sert également à souligner l'importance et la valeur de la perte de la virginité au partenaire masculin. Si le principe du délai fait consensus, sa durée varie et semble être d'autant plus courte que la jeune femme est « âgée » par rapport à ses copines. L'âge du partenaire peut également jouer dans la mesure où un partenaire « plus âgé » et/ou « plus expérimenté » pourra désirer avoir un rapport dans des délais plus brefs. Sandra a eu son premier rapport à 19 ans, une semaine après le début de sa relation affective. Son partenaire, lui, avait 30 ans.

« Je voulais vraiment attendre le bon, et bon lui il a un peu chauffé tout... et mais bon je voulais être sûre que je fasse pas ça avec un mec avec qui y a presque rien et qu'il me largue le lendemain. C'était quelque chose qui me faisait tellement peur en fait. Lui il m'a tellement mise en confiance, il m'a tellement rassurée que bon, c'est venu comme ça tout seul ! C'était pas programmé ! C'est venu comme ça ! (...) Une semaine (rires), ça me fait rire parce que je me disais j'attends deux mois et tout... mais finalement non ! J'en avais pas envie à ce moment-là [d'attendre] ... lui il m'a pas poussée à... non ! » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Le délai permet de ne pas « *le faire trop vite* » : il offre le temps à la jeune femme d'être sûre de ses envies et de ses sentiments et de ceux de son partenaire, mais il permet aussi de sauvegarder l'image de la jeune femme qui ne « *brade* » pas sa virginité aux yeux de son partenaire et de son entourage. Attendre, c'est faire comprendre à l'autre qu'elle ne « *donnera* » pas sa virginité au premier venu, et éviter d'être l'objet de rumeurs négatives, d'avoir mauvaise réputation. Les jeunes femmes restent attachées au symbole virginal et se tiennent à une réserve pudique pour attester de leur vertu. Pour elles, l'accès à la sexualité influe nécessairement sur leur identité : « *se donner trop tôt* » ou « *trop vite* », multiplier les partenaires ne relève pas, comme c'est parfois le cas chez leurs homologues masculins, d'un mode de valorisation de soi, ni d'une féminité « active ». La période « avant de le faire » est importante dans la biographie sexuelle, le délai rend le rapport sexuel racontable et la jeune femme respectable. Ce principe du délai d'attente va dans le sens d'une non banalisation de la première fois : pour le partenaire, la première fois de la jeune femme peut avoir une signification particulière lui conférant une responsabilité unique. Fatima a eu son premier rapport à 21 ans, au bout d'un mois et demi de relation, son petit ami avait déjà de l'expérience.

« Lui ça le stressait beaucoup de savoir que c'était ma première fois en me disant : mais si ça se passe pas bien tu vas m'en vouloir toute ta vie ! C'est une lourde responsabilité que tu me donnes ! » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

La responsabilité qui incombe au partenaire lors du premier rapport sexuel de la femme est grande, d'autant plus qu'il a de l'expérience : il doit savoir comment faire, comment arriver à la perfection recherchée. Jessica et son petit copain ont eu leur premier rapport

après un mois et demi de relation, elle avait 15 ans et lui 16, elle le considérait comme expérimenté en raison de ses aventures précédentes mais a été surprise de sa réaction face à sa virginité.

« Lui c'était le garçon que tu vois en vacances avec une fille par soir. Mais par contre j'étais la première personne qu'il dépucelait. Et alors j'arrive toujours pas à comprendre pourquoi pour lui, ce qu'il m'a expliqué, c'est que dépuceler une fille c'est quelque chose de très important. C'est pas du tout la même chose que de faire ça avec une autre fille, que c'est du plaisir comme ça. Donc par contre j'étais la première fille comme ça. » (Jessica, 15 ans, lycéenne)

Jessica insiste en disant que son partenaire a été son « premier », elle a aussi été sa « première » bien qu'il ait eu des expériences sexuelles antérieures. D'abord parce qu'elle a été sa première « vierge », mais aussi parce que Jessica a été la première avec qui il n'a pas mis de préservatif. Être la première rend unique la relation et ajoute un degré de romantisme ; pourtant l'expérience sexuelle de Cyril (son petit copain) a été un élément déterminant dans le choix de Jessica qui pensait qu'« au moins il sait comment faire » ; l'affirmation du genre masculin passe en effet par l'activité et la prise d'initiative au moment du rapport sexuel (Duret, 1999, p. 118). Mais le fait qu'il restait des expériences à découvrir à son partenaire lui conférait un certain pouvoir dans sa biographie sexuelle. Elle se considère donc comme étant « sa première » même si ce n'est « pas pour tout ».

Attendre d'être mariée pour avoir un rapport sexuel est un délai évoqué par des jeunes femmes pour qui la religion tient une place importante. Fatima a grandi avec sa mère, qu'elle considère « ouverte et à l'écoute ». Elle a été scolarisée au lycée dans un internat catholique « pour réussir ses études », mais elle se sent proche de la religion musulmane¹⁵. Les deux religions (catholique et musulmane) au sein desquelles elle a grandi ont notamment comme point commun de ne concevoir l'amour que dans le cadre du mariage. La virginité était à ses yeux une valeur importante et incontestable qu'elle réservait à son futur mari. À 21 ans, elle rencontre un jeune homme « qui fait des trucs fous pour [elle] » et dont elle est très amoureuse.

¹⁵ Fatima se considère « proche » de la religion musulmane et est croyante, elle respecte les valeurs de cette religion même si elle se dit « peu pratiquante ». Sa mère est Marocaine, elle est croyante sans être pratiquante.

« Il m'en faut beaucoup pour moi. Il faut qu'ils fassent des trucs fous pour moi. Y en a un je l'ai rencontré deux jours avant de partir en Espagne, il est venu en Espagne. (rires). Disons que je l'ai connu deux jours avant et je partais un an et bon, je le connaissais ni d'Ève ni d'Adam et je trouvais ça beau. Il est venu en vacances. Après y a carrément eu quelqu'un qui a demandé ma main à ma mère (...). Je pensais pas qu'il allait réellement le faire. Je pensais qu'il frimait. Et non ! Il l'a carrément fait. Moi en fait ce que j'admirais c'était le geste en fait. Moi j'avais de l'admiration pour l'audace qu'ils avaient. » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

Ces marques d'amour et d'attention (les « *trucs fous* ») la poussent à passer à l'acte plus tôt que prévu, comme pour remercier son partenaire de l'avoir fait rêver.

« Au départ je m'étais dit que je perdrai ma virginité qu'au mariage, et tout. Et puis en fait euh... après je me suis dit quand même quelqu'un qui fait ça [il l'a rejoint à l'étranger] j'ai trouvé le geste magnifique quoi. Et je me suis dit que je rencontrerai pas toujours des garçons qui feront ça pour moi en fait. Donc à la limite je préfère perdre ma virginité avec lui et que ça soit de beaux souvenirs plutôt que ça soit dans de mauvaises conditions. Et effectivement, j'ai de beaux souvenirs. » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

Le témoignage de Fatima souligne que le principe du mariage est difficilement compatible avec celui de l'amour, en dépit de son respect pour les religions. Les sentiments et l'amour sont des « ingrédients » nécessaires pour entrer dans la sexualité adulte (Le Gall, Le Van, 2007). L'histoire de Fatima confirme que « l'individu qui participe de plusieurs cultures fabrique, à partir de ces différents matériaux, son identité personnelle unique en opérant une synthèse originale » (Giraud cité par Turki, Ferrand, Bajos, 2002, p. 304). Le premier rapport sexuel avec pénétration vaginale continue d'être une « étape hautement symbolique » (Bozon, Heilborn, 1996) dans la biographie sexuelle des jeunes et plus largement dans leur biographie affective, par son caractère inaugural. On ne peut donc pas parler d'une banalisation de la première fois, car elle reste symboliquement chargée et demeure une étape essentielle dans la construction identitaire.

3.2. Pressions extérieures autour du passage à l'acte

L'objectif de départ était de comprendre ce qui fait ou non partie du « *jardin privé* » ou « *secret* », nous chercherons donc à savoir à qui les jeunes femmes parlent de leur premier rapport, nous analyserons le rôle du groupe de pairs puis celui de l'entourage familial.

Si le premier baiser est valorisé par les membres de l'entourage, le premier rapport sexuel fait moins l'objet d'un consensus de la part des ami(e)s, dont les opinions divergent selon l'âge des partenaires et le contexte dans lequel a lieu le premier rapport.

L'événement sera raconté, ou non, selon les normes véhiculées par le groupe de pairs et les autres proches, mais aussi selon les biographies relationnelles et sexuelles des individus composant les réseaux de relations des jeunes femmes. Si les critères du « bon » premier rapport impliquent que la fille se soit « *sentie prête* » et qu'elle « *l'ait décidé* », ils imposent aussi que ce rapport se soit déroulé au « bon âge » c'est-à-dire « *pas trop tôt et pas trop tard* ». C'est la combinaison des indicateurs (âge, contexte, sentiments) qui permet aux individus de pouvoir raconter leur première fois sans craindre leur entourage. Ces contraintes pèsent sur la mise en mots de l'acte sexuel et soulignent comment les pairs s'imposent comme nouvelles références. Les jeunes femmes s'imitent, se conseillent, se critiquent, « il s'agit de pouvoir se dire « comme les autres », par l'inscription dans une communauté de goûts, de pratiques, d'opinion ; la production d'espaces d'intimité permet l'expression d'une spécificité générationnelle. » (Moulin, 2005, p. 208). Ainsi l'on comprend pourquoi une jeune femme aura plus de facilité à raconter son premier rapport à des amies l'ayant déjà fait, plutôt qu'à des amies encore vierges. Celles qui ont eu un premier rapport sexuel précoce ne l'ont pas raconté, puisque qu'elles l'ont jugé trop en marge par rapport aux critères de leurs cercles de connaissances. Elles disent avoir préféré que cela arrive dans les discussions ou attendre que d'autres l'aient fait pour pouvoir en parler. En revanche, celles qui ont été dans la « moyenne » de leurs amies (qui ne correspond pas forcément à l'âge moyen) n'hésitent pas à le raconter. Enfin celles qui l'ont fait après toutes les copines ont menti (en racontant un rapport qui n'a jamais eu lieu par exemple), ou sont devenues objets de moqueries de la part du groupe et ont été contraintes de révéler leur premier rapport pour se séparer de cette image.

Anne-Laure et Églantine ont été les plus « *précoces* » (terme qu'elles utilisent toutes les deux), elles ont eu leur premier rapport¹⁶ respectivement à 11 et 12 ans. Toutes les deux ont préféré ne pas raconter leur premier rapport à leurs pairs (et à leurs parents) quand il a eu lieu, et elles ont attendu que ce soit au centre des préoccupations de leurs groupes de copines pour le faire. Leur pratique commune révèle l'enjeu qu'il y a dans l'annonce du premier rapport sexuel (et des suivants) ; il s'agit de rendre visible une dimension intime de leur identité en dévoilant une partie de leur biographie sexuelle (sachant que cette intimité, une fois visible, aura des conséquences sur leurs relations avec leurs

¹⁶ Anne-Laure et Églantine ont toutes les deux souhaité leur premier rapport, elles l'ont eu avec un partenaire qu'elles connaissaient et avec qui elles avaient entamé une relation affective.

proches). Avoir des rapports sexuels « *trop tôt*¹⁷ » fait craindre d’être considérée comme une « *salope* » par les proches ; à ce propos, les jeunes femmes sont nombreuses à insister sur l’inégalité des sexes quant à la possibilité d’avoir et de dire le premier rapport : un rapport sexuel précoce donnera à un jeune homme la carte de « *l’expérimenté* », tandis qu’une jeune femme ayant un rapport sexuel précoce sera considérée comme une « *fille facile* », une « *salope* ». L’analyse réflexive des jeunes femmes souligne leur perception des différences sexuées, à partir de laquelle elles mettent en œuvre des choix relationnels, des pratiques, des comportements. La norme de l’âge minimum au premier rapport est prégnante dans les entretiens : si une jeune femme *l’a fait* avant 14 ans, c’est « *qu’elle a été trop vite* » parce qu’elle était « *trop petite* », « *encore petite fille* », ce qui laisse supposer qu’elle considère avoir « *gâché sa première fois* ». Les avis des pairs sur les « *trop* » précoces sont très péjoratifs, et ça, elles le savent toutes, d’où les réactions d’Anne-Laure et d’Églantine. Anne-Laure en a parlé à une seule de ses amies qui avait connu sa première fois au même moment. Partager une même histoire a facilité la conversation, ainsi elles ont pu comparer leurs expériences. C’est devenu leur secret, conscientes qu’elles étaient de l’écart de pratiques entre elles et les autres jeunes de leur classe.

« Première expérience sexuelle... c’était, c’est marrant, c’était chez Fabien donc mon premier... c’était pendant une soirée d’après-midi, donc une boum. C’était avec Romain, il était magnifique, c’est une dimension qui me parle pas trop maintenant... mais à l’époque ouais il fallait que le garçon soit beau. Il était donc très beau, c’était un peu l’égérie de tout le monde. On s’était retrouvés ! Donc première expérience sexuelle, c’est difficile d’en parler, c’était n’importe quoi ! Il avait un an ou deux de plus ! Et je crois qu’il m’avait un peu forcé la main... mais je sais pas de fil en aiguille, d’embrassade en machin on s’est retrouvés au lit, c’était... découverte... Moi j’osais pas trop et lui concrètement il m’a mis un peu des doigts partout ! C’était très agréable ceci dit et c’était ma première expérience... Et donc pareil, histoire sans lendemain. J’avais pas vraiment envie de ça, j’étais copine avec des filles que je vois plus maintenant, des filles que mes parents qualifient de « mauvaises fréquentations » c’est vrai ! Y avait C. qui a 11 ans elle avait dû déjà coucher avec plein de gars » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

Loin de correspondre à « *la première fois idéale* » décrite précédemment, les premiers rapports d’Anne-Laure et Églantine ont avant tout été des explorations. Ils se sont déroulés avec des amis. Toutefois, par leurs pratiques, elles se sont retrouvées en marge de leur groupe de copines, qui elles ne parlaient « *que d’embrasser les garçons* ». La curiosité a été le moteur pour « *le faire* », s’agissant moins d’une relation amoureuse

¹⁷ Michel Bozon rappelle qu’il n’y a pas de « précocité absolue qui serait définie en fonction d’un âge constant, mais une précocité relative, en comparaison avec les femmes des mêmes générations » (1993, p. 1338).

que d'une relation « sentimental-amical » comme le dit Églantine. Il s'agissait davantage de « *tester un nouveau truc* » que de « *faire l'amour* » à proprement parler. Ni leurs copines, ni les membres de leur entourage familial n'ont été tenus au courant, elles ont attendu d'avoir une relation stable à un âge considéré comme « normal » (15 ans) pour présenter leur petit copain et annoncer qu'elles avaient des rapports sexuels. Anne-Laure, tout comme Églantine, a protégé sa réputation en gardant secret le moment et le contexte de son premier rapport.

Un désir de conformité au groupe de pairs

« La principale contrainte qui s'exerce sur les amours des adolescents et sur la formation des couples est celle des jugements d'une arène imposée par l'institution scolaire. Les verdicts que chaque lycéen porte sur ses camarades sont souvent extrêmement cruels » remarquait Philippe Juhem (1995, p. 40). Siria, Isabelle et Lydie ont eu et ont dit leur première fois par souci de conformité au groupe, toutes les trois se sont senties « *obligées* » de faire l'amour pour pouvoir faire partie de « *celles qui l'ont fait* », contrairement à Anne-Laure et Églantine. Cela leur a donné la possibilité de modifier l'image d'elles montrée aux autres. Dorénavant, elles étaient considérées plus « *mûres* » ou « *plus femmes* », et avaient des préoccupations identiques à celles des autres jeunes du groupe.

Siria a eu son premier rapport à 14 ans. Arrivée en classe de seconde avec un an d'avance, elle était nouvelle dans un lycée où toutes les filles de la classe se connaissent depuis le collège. Le caractère solidaire du groupe qu'elles formaient au lycée faisait envie à Siria. Pour faciliter son intégration et quitter l'image de la « petite nouvelle », elle est sortie avec un jeune homme « *populaire* » dans l'établissement, sans que cela suffise pour l'intégrer au groupe. Croyant comprendre par les remarques des autres que pour pouvoir faire partie du groupe il fallait « *l'avoir fait* », elle s'est décidée à avoir son premier rapport.

« Quand je suis sortie avec lui, tout le monde allait le voir en lui disant, enfin je me rappelle y a un mec qui lui a dit et ça m'a vachement marquée "Ouais alors tu sors avec des pucelles maintenant ?". Et tout le monde se foutait de ma gueule sur ma virginité et je comprenais pas. Toutes les filles avaient 15-16 ans et je trouvais qu'il y avait un gros gros décalage entre elles et moi. Pour moi elles étaient des femmes tu vois, et moi j'étais un peu une gamine et elles me le faisaient beaucoup sentir aussi. Et j'avais honte d'être vierge, ouais il fallait que je fasse mes preuves et tout ! » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

La virginité ne serait donc pas à préserver systématiquement comme on aurait pu le croire. Effectivement, pour une fille, il est bon de ne plus être pucelle comme le rappelle Philippe Juhem (1995) et comme nous l'explique Siria. Elle avait une vision négative de sa virginité et la considère comme un fardeau dont elle devait se débarrasser. D'une manière générale, les jeunes femmes ayant eu leur premier rapport « *pour faire comme les autres* » ont vécu leur virginité comme un handicap (Le Gall, Le Van, 2007), une honte ; cela ramène les jeunes à leur identité antérieure de petite fille, identité qu'elles essaient de quitter.

« La première chose que je lui ai dit quand j'ai été dans ses bras c'était "faut que je te dise quelque chose, je suis vierge". Je me rappelle, il avait été étonné que je lui dise ça, mais moi je lui disais ça comme presque comme on s'excuse... Mais quand j'y repense maintenant c'était un peu du gâchis... mais ma virginité c'était un peu la honte.(...) Les gens ils se foutaient de ma gueule là-dessus... » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

Fière d'avoir eu son premier rapport sexuel, heureuse de pouvoir annoncer qu'elle ne faisait plus partie des « *petites* », qu'elle avait « *gagné [son] ticket d'entrée dans le monde des grands* », Siria en a informé les autres filles de sa classe ainsi que sa sœur. Cette officialisation l'a conduite à s'apercevoir que bon nombre de celles qui la stigmatisaient « *pucelle* » n'avaient jamais eu de rapport sexuel. « *Fière* » au moment de l'avoir fait, Siria parle aujourd'hui de « *gâchis* » à propos de sa première fois ; parce qu'elle l'a fait pour les autres et sans avoir ressenti de plaisir. Cela n'a donc servi à rien.

« Ca me fait très bizarre de me dire que pendant un an j'ai eu des rapports sexuels très réguliers... euh... comme si... comme une pute quoi ! Pour moi c'est le mot... pour moi c'est ça... pour moi c'est froid, c'est de l'exécution... je sais pas comment j'ai fait même physiquement parce que normalement tu mouilles pas et ça se passe pas bien... Je sais pas non plus comment... Je me rappelle plus comment je faisais (...). On était trop des gamins. Tu sais on jouait à faire les adultes comme dans les films, avec les positions, les machins, les trucs. On jouait » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

Ainsi, contrairement à Églantine ou Anne-Laure, la virginité pose ici problème, elle nuit à l'image de soi et empêche l'intégration au groupe de pairs. Tout cela a poussé Siria à avoir son premier rapport pour se défaire de cette « *tare* ». Même si l'appréciation rétrospective portée sur l'activité sexuelle est aussi en étroite rapport avec certains facteurs dont « l'histoire et le devenir de la relation » (Bozon, Heilborn, 1996, p. 49), on est loin, dans cette configuration, de l'idéal de la première fois, de la quête d'authenticité des sentiments ou de la confiance entre les partenaires. Siria a été « *fière* » lorsqu'elle a eu son premier rapport, mais elle a reconstruit son expérience en « *gâchis* ». Ses propos conduisent à penser qu'il est bien difficile pour une jeune femme

de reconnaître avoir eu un rapport sexuel motivé principalement par l'aspect, la découverte et/ou la prouesse technique qu'il représente, dénué (ou presque) de sentiments : « *le faire pour le faire* ». Et c'est d'autant plus difficile qu'elles se refusent pour la plupart à ne voir dans cet événement qu'une initiation physique personnelle, trop éloignée de l'idéal romantique qui impose une décision réfléchie dans le cadre d'une relation vraie et durable, d'un engagement amoureux qui entremêle sentiments, couple et sexualité.

Mais parce que la définition d'une relation sexuelle implique plusieurs personnes, les jeunes femmes ne sont pas les seules à maîtriser les informations les concernant. Parfois, les partenaires passent des accords au départ, mais rien ne garantit que ceux-ci seront respectés. En raison de l'importance des rapports sexuels dans les premiers temps de la biographie sexuelle, conserver le secret peut s'avérer difficile pour celui qui tire un grand bénéfice de cette officialisation. L'exemple de Wahmia¹⁸ permet de saisir à quel point la première fois et plus largement l'activité sexuelle dans les premiers temps de la biographie sexuelle n'est pas vécue de la même manière selon que l'on est une fille ou un garçon : si pour les garçons, une large médiatisation du rapport sexuel est importante, pour les filles, compte tenu de l'importance de la virginité, cela est davantage confiné à un cercle restreint d'interlocuteurs. Wahmia a eu son premier rapport à 17 ans après un mois de relation avec un jeune homme de sa classe, Nadir.

« En fait le premier, on est sorti ensemble et tout et un jour on a été chez une copine à moi et donc ça s'est passé entre nous et le lendemain il m'a laissée tomber. Il a fait comme si il me connaissait pas. J'en garde encore les boules aujourd'hui, c'est le fait de faire ça et après de faire comme s'il connaissait pas la personne et d'aller crier sur tous les toits « Hé voilà ce que j'ai fait avec elle ! ». Il a mis au courant tout le monde. » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Les jeunes femmes ne maîtrisent pas seules la diffusion de l'information sur leur biographie sexuelle ; ici Nadir a dit autour de lui qu'il avait eu un rapport sexuel avec Wahmia, ce qui lui permettait de conforter son identité de genre, sa masculinité. Se considérant déjà seul, « *célibataire* », il n'était plus contraint de demander l'avis de sa partenaire. Wahmia a été doublement déçue. D'une part parce qu'elle espérait avoir une relation durable avec lui, or il a « *cassé* » le jour suivant ce rapport sexuel, et d'autre

¹⁸ Wahmia a grandi dans une famille de croyants et pratiquants musulmans, ses parents sont d'origine algérienne. La virginité est pour elle à la fois quelque chose de très important et dont elle désirait se séparer pour être comme ses copines. Attendant de trouver le « bon » partenaire, elle a vu en Nadir un jeune homme attentif et patient : il a attendu et ne l'a pas pressée pour la première fois. Le fait qu'il ait été lui aussi d'origine algérienne a été un plus dans la mesure où elle aurait pu le présenter plus facilement à ses parents. Ces informations ont permis à Wahmia de projeter dans le temps sa relation avec Nadir ; le contrecoup n'en a été que plus difficile à vivre.

part car elle pensait qu'il respecterait leur intimité affective et sexuelle en ne divulguant pas à tout le lycée le compte-rendu leurs ébats, or il a fait l'inverse afin d'augmenter sa cote de popularité (symétriquement à la chute de celle de sa partenaire).

3.3. Raconter sa première fois à sa sœur ou à sa mère

Comme le premier baiser, le premier rapport peut être dit, dissimulé ou caché à certains membres de la parenté selon leur proximité, mais aussi selon les principes éducatifs valorisés et diffusés dans la famille (liés à la culture ou à la religion par exemple). En effet, les parents sont acteurs de prévention, producteurs de soins et de normes ; l'environnement social et médiatique¹⁹ contribue à les rendre conscients de leurs responsabilités envers leurs enfants, notamment au niveau de la santé, comme l'a remarqué Claudine Burton-Jeangros (2004). Dans ce contexte, la sexualité n'est pas mise à part puisque la majorité des jeunes femmes rencontrées ont pu (au moins partiellement) aborder le thème de la sexualité avec leurs parents, soit lors de discussions informatives sur le sida dans un souci de prévention, soit par le biais de supports écrits (bandes dessinées, livres spécialisés, magazines, films de fiction, documentaires...). Toutefois, les jeunes femmes ne racontent pas de la même manière, ni aux mêmes interlocuteurs, leurs relations sexuelles, et c'est un ensemble d'éléments liés au contexte dans lequel a lieu la première fois qui fera varier la révélation aux membres de la famille, quand cette révélation est jugée possible.

La plupart des jeunes femmes de l'enquête disent avoir d'abord raconté leur première fois à leurs amies, certaines à leurs sœurs²⁰ (quasiment jamais aux frères) et, parfois, à leurs parents et plus précisément à leurs mères. Comme l'ont déjà remarqué de nombreux sociologues (Bozon, 1993a ; Ferrand, Mounier, 1998 ; Le Van, 1998 ; Galland, 2001 ; Memmi, 2003 ; Charbonneau, 2003 ; Burton-Jeangros, 2006 ; Mardon, 2006), les mères²¹ sont des interlocutrices privilégiées en matière de santé et plus précisément de sexualité (le père étant mis à l'écart des confidences encadrant le premier rapport). Les confidences sont faites pour que les interlocuteurs préservent et

¹⁹ Dans les magazines spécialisés en santé destinés aux parents, mais aussi dans les émissions de radio ou de télévision, sont véhiculées les « bonnes conduites » parentales à tenir.

²⁰ La proximité en âge des membres de la fratrie semble faciliter le récit des premières fois, l'appartenance au même sexe est également un atout majeur dans la circulation de ces informations.

²¹ Nous utilisons « mère » par défaut, puisque dans la grande majorité des cas, c'est la mère qui fait figure d'interlocutrice privilégiée. Mais il peut aussi s'agir d'une belle-mère, d'une tante ou de la mère d'une amie.

gardent le secret, ou au contraire pour qu'ils endossent le rôle de médiateurs, de narrateurs et le dévoilent aux tiers.

« Avec mon père, j'ai jamais découché en disant la vérité genre "je dors chez mon mec" et tout non ! Mon père c'est le fait que je sois sa fille. Je suis sa fille. Donc même quand je serai mariée, je pense pas qu'il a trop envie de savoir ce qu'il se passe. Et ma mère, aucun problème. » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

La répartition des informations entre les membres de la parenté s'effectue donc selon certains principes que Sandra met en lumière. Dans sa famille, les sujets de discussion ont toujours été déterminés selon le sexe du parent : son père était davantage consulté pour des raisons scolaires ou des sorties nocturnes, alors que sa mère était sollicitée pour des *« histoires de cœur »*.

« Genre pour les sorties, pour les notes je demandais plus à mon père, pour demander ensuite à ma mère... Et puis genre les histoires de cœur, bah c'était plus à ma mère. » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Les récits de Fanny et Sandra confortent les observations d'Olivier Galland (2001), qui souligne que les filles se confient plus que les garçons à propos de leur premier rapport et de leur premier partenaire et, lorsqu'elles le font, elles en parlent davantage à leur mère, ce qui montre à quel point l'événement et le choix du destinataire de l'information sont pris au sérieux par les jeunes. L'orientation vers le parent féminin ne s'explique pas seulement par la proximité sexuée entre la mère et la fille. L'enquête ACSF montre que les parents sont un peu plus nombreux à avoir abordé la sexualité avec leurs filles qu'avec leurs garçons. De plus, on sait que les femmes ont plus de confidents que les hommes et qu'elles se confient davantage sur des sujets intimes (Ferrand Mounier, 1993) ce qui peut expliquer ces premiers résultats. Néanmoins, si les femmes parlent plus volontiers avec des membres de la parenté (Ferrand, 1991 ; Ferrand, Mounier, 1993), cela ne signifie pas pour autant que les mères connaissent l'ensemble de la biographie sexuelle de leur fille, ni même le début. En effet, les filles semblent préférer raconter a posteriori leur première fois à leurs mères, et semblent plus à l'aise pour le faire lorsqu'elles ont eu d'autres rapports sexuels²².

On distinguera trois moments d'annonce du premier rapport à la mère : chronologiquement il y a d'abord les mères informées presque instantanément (même si

²² Ceci les différencie des amies, puisque les mères ne sont pas tenues informées en permanence de l'activité sexuelle de leurs filles : aucune enquêtée n'a déclaré avoir appelé sa mère après avoir eu son premier rapport, tandis que certaines disent l'avoir fait avec des copines.

cela est rare), puis il y a les mères qui sont « *tenues au courant* » dans les mois suivants (voire l'année d'après), enfin il y a celles qui ne l'ont « *jamais su* ».

Parmi les jeunes femmes dont les mères ont appris le jour même qu'elles avaient vécu leur premier rapport, nous retiendrons les exemples de Stéphanie et d'Aurélia. Stéphanie a fait le choix de la « transparence ». Elle a grandi dans une famille où ses parents n'ont « *jamais vraiment parlé* » de sexualité, sans que cela soit tabou pour autant. Avec sa mère, infirmière, elle raconte avoir eu des discussions sur le corps pendant sa puberté « *vers mes 15-16 ans (...) on parlait librement des problèmes physiques qu'on pouvait avoir* », d'un point de vue biologique plus qu'émotionnel. Stéphanie est l'aînée de la famille, elle a eu son premier rapport « *tard* » (21 ans), après sa sœur (âgée de six ans de moins qu'elle) et son frère (un an de moins), en conséquence il lui a paru inutile de cacher qu'elle allait dormir chez son petit copain le jour où cela est arrivé, médiatisant ainsi son entrée imminente dans la sexualité adulte.

« J'ai dit à ma mère "ce soir je dors chez Xavier". Elle m'a demandé pourquoi je lui avais pas menti et tout, elle m'a dit... "Pourquoi tu m'as pas dit que t'allais chez Sophie, maintenant je vais me faire du souci". Et je lui ai dit que ça allait bien m'arriver un jour... "Je joue les filles honnêtes et tout et toi tu préfères que je mente ?" (rires). C'est aberrant ! Donc mon frère et ma sœur savaient où j'allais et ce qui allait se passer. Donc le lendemain j'ai eu des vanes genre "ça y est tu t'es fait sauter la rustine ?" et ça à table ! Sympa ! Devant mon père et ma mère... Donc il a été au courant... donc mon père l'a appris comme ça, mais il pensait que c'était déjà fait auparavant. » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

La réaction de sa mère a surpris Stéphanie ; elle ne s'attendait pas à ce que sa mère préfère un mensonge à la réalité, son frère et sa sœur eux avaient menti lors de leur première fois. Le déroulement du premier rapport, selon la mère, devait être caché aux parents et celle-ci, surprise de l'annonce faite par sa fille, lui a reproché de l'avertir en amont. Pourtant, c'était une manière pour Stéphanie d'annoncer sa relation affective d'une part et de dire son entrée dans la sexualité adulte d'autre part, rattrapant ainsi le reste de sa fratrie qui, bien que plus jeune, avait déjà franchi le pas. L'annonce avait pour objectif de faire savoir aux membres de sa famille qu'elle avait un petit copain et qu'avec lui, elle aussi, elle allait avoir une relation sexuelle. Aurélia (20 ans) a eu son premier rapport sexuel à 15 ans, il s'est déroulé chez elle pendant une après-midi avec un partenaire du même âge. La mère d'Aurélia a deviné l'entrée dans la sexualité adulte de sa fille et en a eu confirmation dans les heures suivantes.

« Ma mère elle a vu les volets fermés à quatre heures de l'après-midi. Et puis bah je l'ai raccompagné après [son copain]. Et ma mère elle revenait de son cours de danse et elle m'a dit... je m'en rappelle très bien... donc je descends et là elle me dit "toi t'as fait !" je dis "j'ai fait quoi ?" elle me redit "toi t'as fait !" et elle je lui ai dit "bah oui j'ai fait" et elle me dit "je le savais ! J'ai vu les volets fermés et bon à quatre heures de l'après-midi..." et elle m'a demandé si c'était bien, j'ai dit oui. Mais avant j'étais allée voir ma copine en le raccompagnant et je lui ai dit... Donc ça a été la première au courant... et ma mère en deuxième. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Presque prise sur le fait, elle a préféré jouer « *profil bas* » et raconter son expérience « *sans entrer dans les détails* ». Ayant déjà eu des discussions sur la sexualité avec sa mère, Aurélia n'a pas trouvé utile de lui mentir sur son premier rapport. Les jeunes femmes qui ont raconté leur premier rapport à au moins un de leurs deux parents dans les heures suivantes l'ont fait parce qu'elles étaient dans des familles où des discussions sur la sexualité avaient eu lieu (ou étaient envisageables). Il semble bien y avoir corrélation entre le fait d'avoir parlé de sexualité dans l'enfance (et/ou dans les débuts de l'adolescence) et le fait de raconter son premier rapport sexuel. « L'action/intervention maternelle [peut ici être] interprétée comme la continuation du « travail sanitaire profane » amorcé par les mères lors des transformations pubertaires, et tout particulièrement lors de la survenue des menstruations de leurs filles » (Le Gall, Le Van, 2007, p. 131).

Toutefois, la majorité des jeunes femmes de l'enquête ont laissé du temps entre leur premier rapport et l'annonce de celui-ci. Il importe que les meilleures conditions soient réunies pour entrer dans la sexualité adulte, au plus près de la « norme du premier rapport » qui définit le « bon moment » du rapport sexuel (ni trop tôt, ni trop tard) entre 16 et 19 ans (les écarts sont stigmatisés) ; de préférence dans un lieu confortable (contrairement au premier rapport dans une voiture), dans le cadre d'une « bonne relation » affective (il doit s'inscrire dans une relation durable qui a déjà fait ses preuves, ce qui justifie l'importance du délai d'attente) et doit être désiré par les deux partenaires. Enfin, elles définissent le « bon partenaire » comme un peu plus âgé (de deux ou trois ans maximum) et d'un milieu social proche. Si l'un des critères ne satisfait pas la « norme du premier rapport », alors les jeunes femmes préfèrent attendre d'avoir d'autres rapports ou que le temps passe pour que l'émission et la réception du message soient facilitées. Sandra a eu son premier rapport à 19 ans avec un partenaire de dix ans de plus qu'elle : c'est l'écart d'âge qui a principalement motivé son silence à l'endroit de sa mère et de ses sœurs.

« Ma mère, elle savait pas que j'étais avec quelqu'un, je lui avais un peu caché parce que j'avais peur par rapport à sa réaction. Depuis je lui ai dit... et puis elle le sait bien... Par contre quand je lui ai dit que j'étais avec quelqu'un de 30 ans et tout, et que je lui ai dit qu'on avait passé le cap, elle m'a dit " vous faites attention quand même". » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Le fait que son partenaire soit divorcé et qu'il ait deux enfants d'une précédente union ont été des éléments difficiles à dire pour Sandra, elle a préféré annoncer sa relation après « avoir passé le cap », après un délai de deux mois, annonçant implicitement son premier rapport. C'est donc soit parce que le partenaire n'était pas jugé présentable (il ne correspondait pas aux attentes des parents, trop loin de « l'idéal des parents »), soit parce que la relation était trop neuve, soit parce qu'elle ne s'est pas « bien » passée que les jeunes femmes ont différé l'annonce de leur entrée dans une sexualité adulte. Karine, par exemple, a eu son premier rapport à 16 ans avec un partenaire un peu plus âgé (environ deux ans). Pour ne pas le laisser sortir avec sa cousine, « *Pour le récupérer je lui ai donné ma virginité* » dit-elle, ce qui d'une part n'a fait que retarder la rupture de leur relation de six mois et d'autre part l'a enfermée dans le non-dit.

« Sur le coup j'en n'ai parlé à personne en fait, et par la suite j'en ai parlé... bah à mes amies, et puis à ma mère aussi. Un jour ouais comme ça je lui ai déballé que ça s'était mal passé et tout ! Et que j'avais pas aimé et tout ça... Et elle m'a dit que c'était dommage parce que c'était quand même un truc dans la vie d'une femme qu'est super important et que ce se soit passé mal... Bah c'est dommage... Elle était triste pour moi en fait. » (Karine, 19 ans, étudiante éducatrice spécialisée)

N'ayant pas choisi sereinement son premier rapport, Karine n'en a parlé à personne, sachant que faire l'amour pour récupérer son partenaire n'est valorisé ni par les pairs ni par l'entourage familial, pour qui on ne fait pas l'amour pour obtenir quelque chose mais pour soi et pour l'autre. Ce n'est qu'après avoir eu une nouvelle relation stable qu'elle en a parlé, d'abord à ses copines, puis à sa mère. Agnès a eu son premier rapport sexuel à 14 ans, son partenaire avait le même âge qu'elle. Ayant grandi dans une famille où la parole est libre sur la sexualité, elle a cherché à en informer ses parents et plus précisément sa mère, avec qui elle dit « *plus parler* » et surtout « *entrer plus dans les détails* ». Elle a essayé de provoquer une discussion en « invitant » sa mère au restaurant, celle-ci n'a pas su lire entre les lignes de l'« invitation » et a refusé sous prétexte d'un manque de temps. C'est un an après que ses parents ont appris son entrée dans la vie sexuelle.

« Je voulais mais elle était pas du tout à l'écoute, ma mère, à ce moment-là. Donc j'ai essayé désespérément de lui dire genre « on va au resto » et tout... Et puis « nan j'ai pas le temps ». Et un jour en plein milieu du salon avec mon père et ma mère... ma mère... Enfin j'avais vachement de retard sur mes règles, et j'ai dit « Putain j'ai vachement de retard ». Et elle m'a dit « bah ça va t'as pas de quoi t'inquiéter » et

j'ai dit « bah si » et là... En plein milieu du salon je lui ai dit... Et y avait mon père à côté avec ses grandes oreilles !!! Et elle m'a dit « quoi, pourquoi tu m'as pas dit ? » et je lui ai dit « mais j'ai essayé mais » bon et puis... J'ai jamais voulu le cacher à mes parents, ça a jamais été un tabou avec eux... Et puis ça a pas fait de scandale quand je l'ai dit... Enfin ça allait de soi qu'à un moment donné j'allais faire l'amour pour la première fois. » (Agnès, 21 ans, serveuse)

Les raisons pour dire son premier rapport à « retardement » sont multiples, toutefois dans les cas présentés plus haut, nous pouvons constater que parce que les jeunes femmes étaient dans des familles où la parole sur la sexualité était libre (au moins dans une certaine mesure) il leur a été possible de dire leur premier rapport. Dans le couple parental, c'est le plus souvent la mère qui a le privilège d'être informée la première, même si la jeune fille s'entend bien avec son père. Ce n'est pas une différence qualitative des relations avec chacun des deux parents qui explique l'orientation vers la mère, mais le fait d'une proximité sexuée et d'une dissociation des sujets de discussions, comme on l'a souligné précédemment. Cette différence dans le type de confidences faites au père et à la mère amène parfois certains parents à être « jaloux » l'un de l'autre. Camille a eu son premier rapport à 16 ans avec un partenaire un peu plus âgé qu'elle, quand elle habitait encore au domicile parental. La parole sur la sexualité est libre dans sa famille et Camille pensait possible de poser tout type de questions sur le sujet à ses deux parents. Pourtant, lorsqu'elle a décidé de parler de son premier rapport sexuel, c'est vers sa mère qu'elle s'est tournée, au désespoir de son père mis à l'écart de cette « *discussion entre femmes* ».

« Ouais mais c'était plus délicat aussi ! Même si je m'entends bien avec eux c'est plus délicat de leur dire ce genre de trucs ! Je me rappelle j'ai attendu une discussion de contraception à la télé y avait que ma mère qu'était là... Et je lui ai dit comme ça et elle m'a dit « ah bon c'était bien ? » je lui ai dit « ouais » et voilà ! Et je pense qu'elle a senti que ça me gênait un peu alors on en a reparlé plus tard ! Et donc voilà et mon père le lendemain « comment, tu me l'as pas dit ». Donc ma mère, elle lui a dit dans la soirée, bon pas dans la seconde qu'a suivi mais quand ils étaient tous les deux bah oui ! C'est normal elle lui a dit que sa fille avait fait l'amour (...). La seule fois où c'était relou c'était après mon premier rapport sexuel où il l'a appris par ma mère, il m'a dit : « Ouais tu me l'as pas dit au lieu de le dire à ta mère t'aurais pu me le confier à moi » il se sentait un peu à l'écart et il était vexé... Lui aussi il aurait aimé que je lui dise, c'est tout... » (Camille, 20 ans, animatrice)

Gênée au moment de l'annonce à sa mère, Camille n'a pas répondu à son père, vexé de sa mise à l'écart. Une partie non négligeable du corpus déclare ne pas avoir dit son premier rapport sexuel et ce, pour deux raisons : soit parce que les jeunes femmes ont estimé que cela relevait à la fois de l'évidence et de leur sphère privée (leurs parents seraient au courant ou s'en douteraient un jour puisque « *toutes les filles passent par*

là »), soit parce que ça a été impossible en raison des convictions (en premier lieu religieuses) de leurs parents.

Lin Yao a grandi avec sa mère et sa sœur aînée. Juste avant ses 18 ans, elle quitte le domicile familial pour vivre en colocation avec une amie. Peu de temps après, elle a son premier rapport sexuel. Alors qu'elle entretient une « *relation d'amie* » avec sa mère et n'a plus de contacts avec sa soeur, c'est à ses amis qu'elle a raconté sa première fois, ils sont pour elle sa « *nouvelle famille* ».

« Ma mère c'est pas quelqu'un à qui on se confie ! Pas du tout ! Nan ni mon père non plus ! Nan, moi je me confie à mes potes ! C'est tout ! A tous les moments où ça allait pas, c'est pas ma mère qui était là ! Ma mère elle a jamais grillé les moments où c'était difficile dans ma vie et tout ! Et que j'ai eu besoin de me recréer une nouvelle famille. » (Lin Yao, 18 ans, lycéenne)

Les relations « distantes » entre Lin Yao et sa mère expliquent en partie pourquoi la jeune femme n'a rien dit de sa biographie sexuelle. Pendant l'enquête, on a rencontré un autre type de réaction, celui des jeunes femmes qui ont de bonnes relations avec leurs mères mais ne trouvent pas utile de dire le moment où elles ont leur premier rapport et trouvent ensuite qu'il est trop tard pour l'annoncer, s'assurant par là de conserver leur image intacte aux yeux de leurs parents.

« J'ai rien dit, ils savent pas, j'ai pas envie ... J'ai pas envie qu'ils puissent s'imaginer moi, dans un lit avec mon copain ... ça c'est ma vie, c'est un truc que je dis à mes copines parce que c'est mes copines, mais mes parents ... c'est pas mes copines ! Eux, ça les regarde pas ... Je suis leur fille c'est tout, ma vie sexuelle c'est personnel (...) les trucs trop intimes je les dis pas ... C'est mon jardin secret tu vois ? » (Marina, 16 ans, 3^{ème} BEP)

Marina revendique un monde à elle, où elle seule sait ce qui se passe. Sa sexualité (ses pratiques sexuelles) est un bon exemple pour montrer les différences qu'elle fait entre ses interlocuteurs. Si ses amies bénéficient de confidences, ses parents, eux, sont tenus à l'écart, comme si elle ne jouait que le rôle de « fille de » avec ses parents alors qu'elle partage ce qu'elle vit avec ses amies, ce qui l'autorise à leur dévoiler certaines facettes identitaires qu'elle qualifie de « trop intimes ». Alors que Lin Yao et Marina pouvaient parler de sexe à leurs parents (mère a priori), elles ne l'ont pas souhaité. En revanche, en ce qui concerne les jeunes femmes dont les parents sont de confession catholique, musulmane ou juive et croyants (parfois pratiquants), le rapport sexuel n'est reconnu que dans le cadre du mariage, ce qui exclut la possibilité de raconter une expérience sexuelle hors norme. En effet, le « processus d'acculturation en situation migratoire n'est jamais désacculturation totale ou assimilation absolue, mais consiste en une appropriation d'éléments culturels externes savamment sélectionnés selon une logique

interne, propre à la culture initiale, donnant lieu à une réinterprétation qui combine continuités et discontinuités culturelles » (Hamel, 2002, p.86). Dans l'ensemble des cultures méditerranéennes, préserver l'honneur de la famille passe traditionnellement par la préservation de la virginité des filles avant le mariage, le contrôle parental vise alors à prévenir un déshonneur possible. La virginité a, ici, une valeur sociale et morale. Aussi, face au contrôle parental, les jeunes femmes doivent élaborer des stratégies et se préparer des alibis, « le plus courant en la matière étant celui qui consiste à faire croire que l'on dort chez une copine » comme le soulignaient à juste titre Didier Le Gall et Charlotte Le Van (2007, p. 119). Nadia vit dans une famille avec quatre frères et sept sœurs en grande banlieue parisienne. Pour ses parents, elle ne peut quitter la maison qu'à condition d'être mariée. Or Nadia n'a pas envie de se marier. Depuis qu'elle travaille à Paris (cela fait trois ans), ses parents acceptent qu'elle dorme chez une amie plutôt que de rentrer par le dernier RER. La distance entre son travail et son domicile familial lui a permis de vivre pleinement sa jeunesse, et notamment d'avoir des relations amoureuses, malgré les principes inculqués par ses parents, le poids des préceptes religieux qu'ils véhiculent et dont elle se sent fort éloignée. Aussi, Nadia doit composer avec les aspirations d'autonomie et le désir d'indépendance que propose idéalement le cadre français, mais aussi avec les principes et les aspirations de sa « culture d'origine », ce qui n'est pas sans créer des tensions. Comme le remarque Christelle Hamel, « celles qui désirent échapper au contrôle familial de leur sexualité sont souvent contraintes de se résigner devant les risques de rupture relationnelle avec leurs parents, l'absence d'autonomie financière et les obstacles de la précarité » (Hamel, 2002, p.87). Nadia, ne désirant pas se résigner complètement à une vie amoureuse uniquement « *platonique avant le mariage* », fera preuve d'imagination pour vivre ses aventures comme nous le verrons par la suite²³, mais elle explique que le poids familial lui rappelle sans cesse qu'elle n'est pas « *dans le bon chemin* », celui du mariage.

En France, la virginité des femmes au moment du mariage ou de l'entrée en union ne correspond plus à une attente sociale, contrôlée et valorisée par la communauté. Pourtant, il n'y a pas si longtemps encore, il s'agissait d'une norme : en 1959, d'après l'enquête INED sur le choix du conjoint (Girard, 1964), 72 % des personnes interrogées

²³ Christelle Hamel note à ce propos qu'en « raison du contrôle social de leur sexualité, les filles ont un nombre de partenaires sexuels inférieur à celui des garçons et une sexualité plus tardive » (Hamel, 2002, p.87) et cela se confirme dans nos entretiens.

estimaient important qu'« une femme se garde jusqu'à son mariage »²⁴. Si « la première fois » n'est plus un enjeu moral ou social dans notre société, les jeunes femmes vivent ce rapport sexuel comme un moment décisif et inaugural qui se construit, de préférence, dans une relation qui compte. Les pairs sont privilégiés au moment de l'annonce du premier rapport sexuel : dans la plupart des récits, les copines sont informées avant les parents. Aucune jeune femme ne nous a raconté avoir informé ses parents et laissé ses copines dans l'ignorance. Les interlocuteurs privilégiés en matière d'annonce d'entrée dans la sexualité adulte restent donc les amis (le plus souvent du même sexe), même si les parents (les mères en particulier) ne sont pas systématiquement mis à l'écart. Le regard et le jugement des amis sont les plus importants pour valider cette nouvelle dimension identitaire de « grande » et de « partenaire ». Pour s'approprier sa féminité, la stratégie est alors d'en convaincre les autres et d'obtenir la reconnaissance de ceux-ci. Au moment de la première fois, les jeunes femmes sont particulièrement dépendantes du regard extérieur et des normes du groupe. L'affaiblissement du modèle traditionnel autour de la virginité n'aboutit pas à un bouleversement total, la décision de préserver celle-ci (ou non) s'est déplacée pour devenir l'effet d'une stratégie féminine qui s'articule autour de l'appartenance au groupe (faire partie de « *celles qui l'ont fait* »), de réserves prudentes (une relation qui compte) ou de réactions (s'attacher l'autre, éviter la rupture) plutôt que du respect d'une valeur sociale ou morale. Le souvenir que l'on a du premier rapport est « reconstruit » à l'aune des moments heureux qu'il a inaugurés (Bozon, 2002). De ce fait, plus l'expérience est racontée tardivement, plus les chances augmentent de voir l'événement magnifié, et comme d'une manière générale les jeunes filles en parlent d'abord à leurs amies puis à leurs parents, ces derniers reçoivent une version souvent améliorée de l'histoire. Améliorer la réalité, c'est éviter aux proches de s'inquiéter en rapprochant l'histoire vécue de l'idéal normatif, qu'il soit celui des pairs, des parents ou le sien propre.

²⁴ Trente ans plus tard, le calendrier plus tardif de la formation des couples, la baisse du nombre des mariages, la diffusion de la contraception dès les premiers rapports ont créé les conditions d'un abaissement de l'âge au premier rapport et contribué à faire disparaître la synchronisation des premiers rapports et l'entrée en couple (Bozon, 1993, 1996, 2002).

CHAPITRE 6 – SEXUALITE ET CONTRACEPTION, DES INFORMATIONS INDISSOCIEES

Pour comprendre dans quelles conditions les jeunes femmes commencent leur biographie contraceptive, nous avons montré dans les chapitres précédents dans quels cadres elles débutent leur sexualité, en abordant les questions relatives à la sélection du partenaire et au choix des confidents. Pour saisir les enjeux liés à l'entrée dans la sexualité, et plus précisément aux débuts de la biographie contraceptive, il est nécessaire de s'interroger sur la possibilité de parole et d'information dans la famille. Il s'agit de voir à présent les manières dont se déroule (ou pas) la prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles dans l'enceinte familiale. Au même titre que la manière dont sont vécues les premières règles (Le Gall, Le Van, 2003), il semble que les premières discussions sur la sexualité et les premiers supports d'information peuvent être des indicateurs pertinents pour comprendre l'information sur la contraception. Comme le souligne Clémentine Rossier « le choix de la méthode dépend en partie de l'information dont disposent les couples sur les risques et les avantages des différentes méthodes contraceptives. Une utilisation appropriée de la méthode choisie nécessite également un minimum de connaissance sur les mécanismes biologiques de la fécondité » (Rossier, 2005, p. 188). La maîtrise des méthodes ne va pas de soi, surtout en ce qui concerne les techniques médicalisées, comme l'expliquait Laurie Zabin (1986). Ainsi, avant de s'intéresser au « couple », nous chercherons à savoir qui sont les interlocuteurs privilégiés des jeunes femmes (qui leur a parlé ou qui leur parle de sexualité, de contraception et de protection) en tentant de circonscrire quel est le rôle de l'entourage familial dans le processus de socialisation à la sexualité ; puis nous verrons quels liens les jeunes femmes entretiennent avec les divers lieux de soins. Ceci amènera à distinguer trois temps de la biographie contraceptive naissante.

1. L'ACCOMPAGNEMENT DES MERES

Nombreuses sont les jeunes femmes qui ont obtenu leurs premières réponses - sur le corps plus que sur la sexualité - dans des livres laissés à disposition dans la maison lorsqu'elles étaient plus jeunes. Ceci pourrait être considéré comme la première manière de faire circuler l'information : mettre à disposition de la documentation dans la famille sans pour autant placer les outils référents en évidence ou en rendre l'étude obligatoire. Alors qu'il y avait des livres ou des vidéos cachés ou mis hors de portée par les parents, d'autres ont été laissés accessibles, laissés à la curiosité des enfants. Des enquêtées ont raconté être « *tombées sur* » des bandes dessinées d'auteurs comme Wolinsky, Reiser ou Edika, « *érotisantes* » ou « *avec des histoires de sexe* ».

« *C'était pas porno, on voyait des bouts de sein, mais on était contentes de lire ça avec mes copines quand on avait 9 ans, même si on comprenait pas tout !* »
(Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Mais elles sont plus nombreuses à avoir eu dans leur bibliothèque un livre de « *référence* » (qu'elles disent avoir lu « *mille et une fois* ») expliquant la reproduction humaine de manière plus ou moins détaillée avec « *Comment on fait les bébés ?*¹ » ou « *L'encyclopédie de la vie sexuelle*² ». Ces ouvrages ont alors servi d'initiateurs sans forcément provoquer une interaction entre les membres de la famille. Les enfants ont pu choisir le moment pour s'informer. Ces premières lectures peuvent être codées comme un premier instant d'information et de prévention des conduites de santé. Par l'accessibilité, les parents ont choisi ce qui peut être visible ou lisible par leurs enfants, mettant en avant la découverte des supports lors d'un temps informel, non scolaire. Parmi les jeunes femmes rencontrées, celles qui n'ont pas eu ces informations à domicile (livres, BD...) racontent aussi une impossibilité de discussion avec leurs parents sur des thèmes considérés comme « *trop intimes* » et/ou « *trop sexuels* ». Pour elles, cela s'explique par les convictions religieuses et morales de leurs parents. C'est pourquoi, au cours des entretiens, elles racontent être allées chez des copines pour parcourir des livres, discuter et rigoler.

¹ Babette Cole, 1993, *Comment on fait les bébés ?*, Paris, Seuil.

² Jean Cohen, 1998, *Encyclopédie de la vie sexuelle*, Paris, Hachette Jeunesse.

1.1. **Conversations féminines sur le corps et la sexualité**

Avec l'entrée au collège se concrétisent des questionnements latents sur les relations filles-garçons et sur les relations sentimentales. L'échange verbal et l'analyse de cas sont valorisés. Les jeunes sont à la recherche de concret, de « vrai », de vécu... Les premiers livres ne répondent plus aux attentes, ils ne suffisent plus. Les discussions entre jeunes, mais également entre adultes et jeunes sont privilégiées ; elles permettent de prendre connaissance du déroulement du premier rapport sexuel et des méthodes de contraception employées. Une des premières explications mêlant corps et sexualité concerne l'arrivée des règles

« Ma mère m'avait expliqué ça trois semaines avant que ça m'arrive. Elle m'avait dit qu'une fois que ça m'arriverait, il fallait pas que je fasse de conneries parce que je pouvais être enceinte. » (Julie, 17 ans, lycéenne)

Entre filles, c'est également une des premières discussions :

« Quand je suis arrivée en 3^{ème}, beaucoup de filles avaient leurs règles, pas moi, du coup elles parlaient toutes de mal au ventre et tout et ne pouvaient pas aller à la piscine, certaines prenaient la pilule... Moi, pfff... je les avais pas encore, du coup elles me disaient "t'as de la chance de pas les avoir" alors que moi j'attendais que ça ! Du coup, quand je les ai eues, j'ai pas eu de surprises, je savais tout des règles. » (Julie, 17 ans, lycéenne)

Par la suite, les discussions qui ont lieu dans l'univers familial sont plus ou moins rares. Certaines mères³ profitent du moment des règles pour commencer ou continuer à faire de la prévention, en cherchant des informations sur la vie sentimentale de leurs filles, tandis que d'autres n'y feront plus référence avant un certain âge, une certaine classe. Ainsi, dans les familles où l'échange verbal est possible sur le sujet, nous avons repéré trois manières d'aborder la sexualité, la contraception et la protection qui prennent parfois une allure de prévention. Pour chacune, nous avons remarqué que le père laisse le plus souvent la mère (ou une autre figure féminine⁴) se charger de la discussion (il est

³ Dans son étude sur les mères adolescentes québécoises, Johanne Charbonneau souligne que « le rôle de la mère se définit de différentes façons : 1) d'abord, comme élément d'un contexte de vie qui façonne l'enfance de la future mère adolescente : ici, on s'intéressera aux caractéristiques du milieu familial d'origine et aux objets possibles de transmission intergénérationnelle (valeurs, normes, pratiques, modèles de vie) ; 2) comme source d'information pour les pratiques sexuelles et de contraception ; 3) dans sa capacité d'influencer le processus de décision concernant l'issue de la grossesse ; et 4) comme source de soutien divers (émotif, matériel) à partir de la grossesse jusqu'aux années qui suivent la naissance de l'enfant » (Charbonneau, 2003, p 144). Elle poursuit en soulignant qu'« à travers l'histoire de ces femmes [les mères adolescentes], on constate que le lien avec leur mère joue un rôle essentiel dans la plupart des étapes importantes » (p. 145).

⁴ Nous dirons « mère » par défaut, puisque dans la grande majorité des cas, c'est la mère qui fait figure d'interlocutrice privilégiée, mais il peut aussi s'agir d'une belle-mère, d'une tante ou de la mère d'une amie, mais il s'agit dans tous les cas d'une femme.

parfois mis à l'écart par la fille ou par la mère), ce qui va dans le sens du rôle primordial donné aux femmes dans le champ de la santé, persistant malgré l'évolution de la division du travail entre les hommes et les femmes (Cresson, 1991 ; Mardon, 2005). La régulation du corps et des émotions circule donc surtout entre femmes, entre mères et filles. La socialisation à la sexualité et à la contraception est donc essentiellement intragenre.

1.2. **De la mère à sa fille, transmettre des informations**

Comme pour l'ensemble du travail domestique ou éducatif, les femmes sont les premières sollicitées, et ce sont elles qui fournissent le plus d'aide à autrui rappelle Geneviève Cresson (1991), le travail profane de soins n'étant qu'un des aspects du travail domestique.

L'analyse des dialogues autour de la sexualité montre nettement que lorsque la discussion est considérée comme étant à l'initiative des parents, c'est en général la mère qui en est chargée. Les études sur le *care* montrent qu'en général, les femmes sont beaucoup plus investies que les hommes dans les relations de soin, d'attachement ou de sollicitude qui supposent un fort engagement affectif, ce que souligne également Coline Cardi puisque « les "besoins" de l'enfant quand c'est à la mère d'y répondre, se limitent aux soins et à tout ce qui a trait au corps » (2007, p. 33).

« Ma mère m'a dit quand j'ai eu 16 ans, " viens boire un coup " (...) et là, elle m'a dit : " Je sais que tu vas grandir, si tu veux on peut parler des garçons, tu sais si un jour tu fais l'amour, il faut que tu te sentes prête et puis il faut que tu mettes un préservatif, je voudrais pas être grand-mère à mon âge " ; » (Hélène, 21 ans, étudiante en licence de géopolitique)

Mêler humour et réalité est fréquent dans les propos des parents. Cela permet de prescrire des normes plus « *en douceur* », et que celles-ci ne soient pas perçues comme une morale, une obligation ou une contrainte parentale supplémentaire. En véhiculant un discours préventif préconisant l'usage d'un préservatif au premier rapport, la mère décide seule du moment où elle va aborder le sujet avec sa fille, en fonction de ses connaissances partielles de la biographie sentimentale et sexuelle de cette dernière. Ainsi, il semblerait que de nombreux parents se soient fixés un âge ou une classe scolaire pour parler de sexualité avec leurs enfants : l'arrivée au lycée, le seizième anniversaire ou la majorité sont les moments les plus cités par les jeunes femmes.

« Le jour de mes 16 ans, j'ai eu des préservatifs, avant on n'en avait jamais parlé. » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

À une ou plusieurs occasions, les mères livrent leur savoir, leur avis sur les relations filles-garçons et les histoires amoureuses. En fonction du sentiment de responsabilité qu'elles éprouvent vis-à-vis de la santé de leurs enfants, elles dessinent une frontière entre les bonnes et les mauvaises conduites sentimentales, sexuelles et contraceptives à adopter, ce qui implique des normes sous-jacentes au discours de prévention. Géraldine raconte ainsi ce qu'elle appelle « *la leçon* » de sa mère.

« Au premier rapport préservatif, puis utilisation du préservatif et de la pilule si l'histoire elle dure, puis test du sida, et si tout va bien, enfin plus que la pilule-pilule. » (Géraldine, 25 ans, chômeuse)

La prescription des conduites sexuelles peut alors aller jusqu'à ce que la mère glisse dans la poche de sa fille (parfois à son insu) des préservatifs avant qu'elle sorte le soir ou parte en camp de vacances, par exemple. Ouvrir le dialogue pour la mère, c'est offrir la possibilité à sa fille de poser des questions, en étant prête à écouter. Cependant, ce mode de prévention a des limites. La parole n'étant pas sollicitée par l'individu récepteur, elle n'arrive « *jamais au bon moment, ni l'école, ni mes parents, ils en parlent mais bon, moi tu vois, c'était pas quand il fallait* » : parfois « *trop tôt* » par rapport à un parcours relationnel et sentimental (la jeune femme peut ne pas avoir échangé son premier baiser), parfois « *trop tard* » en donnant un avis sur le déroulement d'une première expérience sexuelle alors qu'elle a déjà eu lieu. Julia raconte le décalage entre le bon moment pour parler, choisi par sa mère, et le moment de sa première fois.

« Ma mère a commencé à me parler de la première fois, mais moi ça faisait déjà un an que j'avais fait l'amour avec mon copain, donc je rigolais à l'intérieur de moi... » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

La discussion met cependant en évidence les comportements sexuels valorisés par les parents et peut avoir des conséquences sous-estimées. Certaines jeunes femmes ont senti un jugement moral implicite sur leurs pratiques « *je suis en retard* » ou « *j'ai grillé des étapes* ». À la suite de telles conversations, certaines mères ont eu le sentiment d'avoir accompli leur devoir de conseillère (en santé) et n'ont pas renouvelé l'expérience, comme pour Karine.

« Ma mère, je pense que pour elle c'était une tannée de me parler de capote, j'ai bien senti qu'elle était pas à l'aise, elle l'a fait pour le faire, c'est tout, parce que ses copines ont dû lui dire que c'était important ! » (Karine, 19 ans, étudiante éducatrice spécialisée)

Ce mode de prévention, caractérisé par le fait que l'émetteur soit le parent et le récepteur l'enfant, peut être appelé « *prévention par transmission* », et puisque c'est la

mère qui est le parent référent et la fille la réceptrice, il nous paraît pertinent de parler de transmission matrilinéaire (pour reprendre l'expression de Béatrice Jacques, 2007, p. 25). Nous le distinguerons des deux modes de prévention suivants : « prévention par découverte » et « prévention par l'extérieur ».

1.3. **De la fille à la mère, découvrir et questionner**

Les conversations portant sur la sexualité ou la contraception peuvent être amenées par les jeunes femmes, c'est ce que nous appellerons « prévention par découverte » dans la mesure où ce sont les intéressées qui, au fur et à mesure de leurs découvertes sur la sexualité, sont amenées à questionner leur entourage, leur mère. Ce sont elles qui deviennent les initiatrices des conversations et non plus leurs mères. À la recherche d'informations, elles s'adressent plus facilement à leurs mères, « *parce qu'elle a le même corps, alors c'est plus facile pour se comprendre* » (Hélène) ; mais également parce que ce sont toujours ces dernières qui se sont investies dans la santé de leurs filles. Hélène poursuit en expliquant :

« Quand j'étais ado, toutes les questions que j'ai pu me poser, je les ai posées à ma mère. Tout ce qui est de l'ordre de la sexualité, j'ai posé les questions à ma mère, et elle m'a toujours répondu franchement. Aujourd'hui, quand j'ai une question... pareil ! » (Hélène, 21 ans, étudiante en licence de géopolitique)

Les discussions sont de l'ordre de la confiance, Hélène ne s'adresse qu'à sa mère, elle lui réserve l'exclusivité de ses questions. Les jeunes femmes posent alors des questions sur les relations sexuelles, les méthodes contraceptives, les maladies sexuellement transmissibles. Les notions de « *trop tôt* » ou « *trop tard* », évoquées précédemment, n'apparaissent donc pas. C'est au fur et à mesure de leurs expériences que les jeunes femmes interrogent. Notons que si elles s'autorisent ces questions/confidences, c'est qu'elles ont l'assurance que le dialogue est possible. La mère tente de répondre avec ses connaissances et/ou à l'aide de livres ; lorsque le sujet n'est pas « abordable » en famille, la mère clôt le débat avec une phrase du type « *tu n'es pas assez grande* » (ce qui est toutefois peu cité). La mère est dans tous les cas une interlocutrice privilégiée, et devient par conséquent une actrice du système de production de soins, malgré elle. Que ce soit une information par transmission ou par découverte, la socialisation à la sexualité et à la contraception est dans ces situations intergénérationnelle.

1.4. **En l'absence des mères, les médias et le groupe de pairs**

La famille n'est pas l'unique lieu d'accès à l'information sur la contraception et la sexualité. En effet, lorsque le contexte relationnel est difficile, voire conflictuel entre les membres de la famille, cela devient un obstacle immédiat et infranchissable à la prévention et à l'information dans un domaine aussi délicat que la sexualité. Dans d'autres circonstances, les jeunes femmes doivent composer avec les valeurs de leurs parents (convictions religieuses, culture d'origine) et tenir compte du fonctionnement familial⁵. Ainsi, il arrive que la discussion ne soit à l'initiative d'aucun membre de la famille mais suscitée par un média, la télévision par exemple (comme les jeunes consultent peu les médecins dans l'ensemble, dans la plupart des pays, les femmes citent les médias comme source d'informations sur la contraception d'urgence rappellent Sandrine Ottesen, Françoise Narring, *et al.* (2002)).

La télévision, les magazines et Internet pour « en savoir plus »

De nombreuses enquêtées ont cité la télévision comme vecteur leur ayant permis d'aborder des « *sujets intimes (...) près du corps* » avec leurs parents. Regarder en famille une émission thématique où la sexualité est abordée, de manière implicite, peut contribuer à lancer la discussion entre parents et enfant(s) à propos des conduites à prescrire et à proscrire dans les situations exposées. Les émissions composées exclusivement de témoignages⁶ sur des sujets sensibles, telles que les relations amoureuses à distance, les séropositifs ou les mères adolescentes, permettent parfois de débattre sur des sujets jusque-là non abordés en famille. Certains parents profitent alors de l'émission pour parler avec leurs enfants, voire les interroger ; et les enfants peuvent tester les réactions parentales.

« Ils [les parents] glissent des phrases par-ci par-là du style après le témoignage d'une fille " si ça t'arrivait, tu ferais quoi ? " » (Noura, 22 ans, réceptionniste)

Dans bien des familles où la discussion sur la sexualité est difficile voire inexistante, les parents s'arrêtent à des considérations vagues sur les images diffusées et s'interdisent d'entrer dans les détails de leur vie et de celle de leur fille. Par exemple, dans les familles où la religion a une place importante (chez Fanny ou Nadia par exemple), le

⁵ Comme l'explique Nadia, si l'aînée de la fratrie n'a jamais questionné les parents sur la sexualité ou la contraception, il est difficile pour les sœurs cadettes d'ouvrir la voie. Ces dernières auront plus facilement tendance à se plier au fonctionnement familial : « *On n'en parle pas à la maison* ».

⁶ Comme « *Ça se discute* » sur France 2 ou « *Confessions Intimes* » sur TF1.

respect envers les parents et la pudeur qui entoure la sexualité interdisent de regarder des émissions sur la sexualité ou des films présentant des scènes amoureuses quand parents et enfants sont présents ensemble (Hamel, 2002) ; ces précautions et réticences ne sont toutefois pas identiques lorsque les jeunes femmes sont avec leurs pairs (avec lesquelles certaines ont vu des films pornographiques).

Dans plusieurs entretiens, on retrouve l'idée que les médias permettent une « auto information » ou un « auto apprentissage » des conduites prescrites en matière de sexualité et de contraception. Les articles écrits sur la contraception et la sexualité sont récurrents sur Internet, dans la presse quotidienne ou dans les magazines. Sur la contraception d'urgence nous avons constaté que dans la presse écrite, les articles s'adressent directement aux jeunes femmes⁷ (cela est plus facile puisque les magazines s'adressent à un public sexué). Les magazines féminins destinés aux jeunes valident et transmettent des pratiques normatives : avoir son premier flirt pas trop tard, et sa première relation sexuelle ni trop tôt, ni trop tard, et il en est de même pour la maternité, où l'on vante les mérites d'être une mère ni trop jeune ni trop âgée. Ils se font les porte-parole des statistiques, rappelant que l'âge au premier rapport n'a pas baissé depuis les campagnes d'information en matière de prévention et de contraception, tout comme le fait d'avoir accepté des distributeurs de préservatifs dans les lycées.

La presse jeune et féminine s'empare dans de nombreux numéros des questions de santé et de sexualité. Les articles de vulgarisation facilitent alors un premier contact avec le médical, permettant aux lectrices d'acquérir d'abord un vocabulaire spécifique. L'emploi fréquent du « tu » ou du « nous » facilite le lien avec la lectrice : cela crée une certaine complicité avec l'auteur, qui est bien souvent une femme (Moulin, 2005). L'importance de la dimension intragenre est prise en considération par les rédacteurs. Le « nous » dans les articles sur la sexualité, la première fois, les relations filles-garçons donne l'occasion aux lectrices de se sentir membres du groupe des femmes, concernées par ce qui est dit. La sexualité est abordée très fréquemment sous l'angle de témoignages ; témoignages de femmes pour se comprendre « entre nous » ; témoignages d'hommes pour pouvoir « enfin les comprendre », eux. Les magazines féminins jeunes favorisent une vision hétérosexuelle du couple, de l'amour, de la

⁷ Soit directement, dans les magazines pour « jeunes » femmes entrant (ou déjà entrées) dans la sexualité, du type *Jeunes et Jolie*, *Girls*, *20 ans*, *Elle*, *Biba*... Soit indirectement dans les magazines pour les femmes « plus âgées », informant ces dernières sur la contraception d'urgence présupposant que les lectrices sont mères (*Femme Actuelle*,...).

sexualité. Des jeunes (hommes ou femmes) racontent leur vie, leurs expériences, sous forme de confidences, ils s'adressent aux lectrices comme à des amies avec qui l'on peut échanger, parce qu'elles vivent la même chose ou peuvent être amenées à le vivre. Ces articles ont pour vocation de se soustraire aux tabous entourant la sexualité et de permettre aux jeunes d'assumer leur sexualité. Ils œuvrent en qualité d'intermédiaire entre les adultes et les jeunes, parfois même entre les médecins et les jeunes : le recours à des interventions de médecins ou psychologues est fréquent et permet de crédibiliser à la fois le magazine et les propos qui y sont tenus. Ces experts jouent alors le jeu de « garant moral et scientifique » qui peut rassurer les lectrices les plus sceptiques. Les interventions des professionnels facilitent un apprentissage précoce du fonctionnement de leur spécialité et du vocabulaire qu'ils utilisent, et servent par ailleurs à diffuser les normes sociales. Flexibles et évolutives, les orientations normatives accompagnent le processus d'individualisation des comportements : les individus se réfèrent à ce qui se fait, à ce que font ceux qu'ils connaissent, à des vulgarisations psychologiques, à ce qu'ils voient à la télévision ou au cinéma, éventuellement même aux enquêtes et aux statistiques sur les comportements sexuels.

Il arrive également que la sexualité ne soit jamais abordée et qu'en parler soit « *tabou* ». Nous entendons « *tabou* » dans le sens d'une interdiction non explicite mais bien sensible et identifiée dans les pratiques quotidiennes. La sexualité et les pratiques sexuelles sont véritablement un sujet tabou « qui ne peut en aucun cas être au centre d'une conversation parents-enfants, même lorsque les mères n'ont pas envie que leurs filles revivent les moments pénibles qu'elles ont connus parce qu'elles-mêmes n'avaient aucune information » remarquait Janine Mossuz-Lavau (2001, p. 156), et c'est bien ce que l'on retrouve dans la famille de Nadia. Lorsqu'on lui demande si elle a déjà abordé un thème intime ou personnel avec ses parents, elle répond par la négative, soulignant que pour sa mère, c'est inconcevable. Quant à son père, « plus informé des problèmes du monde » en raison de son insertion dans le monde du travail, il est le parent avec qui Nadia discute le plus sur les questions de société. Elle explique bien comment s'instaurent les interdits, comment certains sujets sont évités.

« Si dans un film il y a une scène d'amour où on voit un tout petit peu, même sous les draps et tout, il [son père] va changer de chaîne. » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Chez Nadia, les deux seules fois où la sexualité a été abordée, cela a été de manière impersonnelle, lors du journal télévisé. Son père dira ainsi ce qu'il pense de ce qu'il voit, mais en prenant garde de toujours énoncer des généralités. Par exemple sur le sida, il dira que c'est une « catastrophe » mais utilisera le même mot pour parler de la guerre en Irak ou d'un tremblement de terre.

« Mon père, il sait que le sida c'est une catastrophe dans le monde, mais jamais on va en parler individuellement. ». (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Son père se fera l'économie d'en parler à Nadia (comme à ses frères et sœurs) de manière plus précise, faisant attention de ne jamais parler de lui ni d'interroger ses enfants sur ce type de sujets. Ses parents semblent compter sur l'école pour aborder ce type de sujets (Mossuz-Lavau, 2001). On peut se demander si parmi les parents, et les mères en particulier qui (se) refusent de parler de sexualité, il n'y aurait pas comme un refus de voir en leur enfant une « future » femme qui aura des relations sexuelles, ce qui les obligerait à admettre, devant leurs enfants, qu'eux-mêmes ont des relations sexuelles ; ce que bien des jeunes femmes s'interdisent de penser.

Les jeunes femmes que nous avons rencontrées et qui ne peuvent pas parler de sexualité chez elles (ni même en aborder l'idée), sollicitent leurs ami(e)s et les mères de leurs amies, ou s'informent par les divers médias mis à leur disposition : magazines (*Girls, Jeune et Jolie* ou *20 Ans*), émissions de télévision (*Ça se discute*), émissions de radio (Skyrock), ou encore sites Internet (www.doctissimo.com). Elles cherchent ailleurs, hors de la famille, d'autres adultes pour poser leurs questions ayant trait à la sexualité ; ces adultes choisis étant dans tous les cas cités des femmes.

« C'est à la mère d'une de mes copines à qui je raconte toutes mes histoires et à qui je pose toutes les questions, même les questions sexuelles » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Des enquêtes ont montré que la reconnaissance de la sexualité des jeunes était un facteur de réduction des risques de grossesse des mineures, lesquelles, plus elles sont contraintes de dissimuler leur vie sexuelle, plus elles ont du mal à pratiquer une contraception (Bajos, Ferrand, 2001, p. 101).

Les copines et la circulation de l'information

Les jeunes femmes parlent de sexualité ensemble avec une relative liberté, et le thème se retrouve dans de nombreuses discussions. Cet échange de paroles sur la sexualité peut être un espace de constitution et de développement de normes, comme nous

l'avons vu, mais il est également un moment de connaissance et de diffusion d'informations sur la contraception ou les IST. Au cours de ces conversations s'échangent normes et « *bonnes manières* », et les récits des jeunes femmes permettent de voir, comme le soulignait Florence Maillachon (1998), que la construction des normes est dynamique dans la mesure où chacun est à la fois juge et partie, « élément influençable par les autres en même temps que moteur vis-à-vis des autres » (1998, p. 270).

Une partie des jeunes femmes rencontrées ont raconté avoir récolté des informations sur la contraception « *par ci par là* », au cours de discussions avec leurs copines. Les moins à l'aise avec l'institution médicale osent parfois davantage détailler leurs pratiques et remettre en question leurs connaissances sur les méthodes contraceptives. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le montrer précédemment, les discussions sur la sexualité sont relativement fréquentes entre pairs de même sexe. L'appartenance de genre est alors primordiale. Au même titre que les amies et les copines, les sœurs ou les cousines peuvent être sollicitées (ou écoutées malgré elles) pour tenter d'éclaircir le flou dans lequel vivent certaines jeunes femmes. Ainsi, en plus de la dimension du genre, on voit apparaître une dimension intragénérationnelle primordiale dans la diffusion d'informations sur la contraception, la gestion des grossesses et des IST. Le jeu est complexe entre la préservation de l'intimité et le récit voire la publicité des exploits personnels. Les jeunes femmes se constituent peu à peu, entre le collège et l'université, au fil des conversations et des récits, un capital de connaissances en matière de sexualité et de fécondité, marqué par des événements proches.

« Je me rappelle, le retrait, la première fois que j'en ai entendu parler, c'est quand la fille de la voisine a été enceinte. Ma sœur elle racontait ça à sa copine et elle disait qu'elle, elle aurait jamais eu un enfant avec ce mec-là, elle aurait préféré avorter. Sa copine lui a répondu que la fille n'avait qu'à prendre la pilule... parce que tout le monde savait que le retrait c'était une méthode bidon... Tout le monde... sauf moi (rires). » (Juliana, 23 ans, étudiante en DESS de droit)

Les histoires des unes et des autres amènent chacune leur lot d'espoir et de découragement sur les méthodes contraceptives, entre le souvenir de « *celle qui est tombée enceinte avec son stérilet* » et de « *celle qui a toujours réussi à compter ses jours sans se tromper* ». Les expériences positives et négatives se croisent, les « *bons plans* » comme les « *plans galères* » s'échangent entre copines. À l'issue des conversations, les jeunes femmes peuvent finalement avoir les idées plus confuses, et douter de certaines pratiques qui jusque-là leur paraissaient fiables.

« Moi je savais rien, rien de rien. Quand j'ai eu ma pilule le médecin m'a dit "faut la prendre à heure fixe" et voilà. C'était fini la conversation. Alors j'ai fait comme mes copines, j'ai réglé mon portable pour qu'il sonne tout le temps à la même heure pour me rappeler ma pilule. Sauf qu'au début je la prenais à 20h, mais 20h c'est nul ! C'est toujours l'heure de manger, t'es toujours avec des parents, des amis, tu peux jamais être tranquille. Sauf qu'un jour j'ai oublié et je l'ai vu à 23h. Alors j'ai appelé Clémentine, c'est une copine à moi. Parce qu'elle, ça faisait déjà perlette qu'elle utilisait la pilule donc elle devait savoir... C'est une connaisseuse. Et puis elle m'a dit que je pouvais la prendre et tout. Et un jour en fait y a Mathilde qui m'a appelée pour me demander la même chose, j'ai rigolé et je lui ai répondu... un peu comme si j'avais toujours su (rires). » (Céline, 21 ans, étudiante en école de commerce)

Certaines ont appris avec des « *utilisatrices confirmées* » de la pilule comment gérer celle-ci, sans se soucier forcément de savoir si les marques correspondaient, si les composantes chimiques étaient identiques, sans se soucier non plus des sources d'information de leurs copines. Pourtant, l'utilisation de la pilule est moins évidente qu'elle n'en a l'air : que faire lorsque l'on oublie de la prendre à l'heure fixée ? Comment faire lorsqu'on a perdu un comprimé ? Quel est le délai maximum pour prendre son comprimé ? Ce sont autant de questions qui montrent qu'il y a une différence entre savoir que la pilule existe et en connaître un peu plus sur ses modalités d'utilisation. Internet est aujourd'hui très utilisé pour répondre à ces questions, mais les réponses ne sont pas toujours celles d'un médecin (comme sur les forums, par exemple) et le doute autour des sources disponibles amène certaines jeunes femmes à faire appel à des copines plus expérimentées, plus âgées, ou qu'elles considèrent (parfois à tort) comme mieux informées.

Les éléments sur la socialisation à la sexualité que nous avons abordés permettent de constater que dans le domaine de l'amour et de la sexualité, les partenaires sont confrontés à une grande diversité d'offres symboliques et de messages normatifs plus ou moins contradictoires. « Selon la source, ces messages les engagent à lire leur relation de telle ou telle manière et les incitent au romantisme ou à l'hédonisme, à la transgression ou à la conformité, à la passion ou à la distance, au risque ou à la prudence » (Van Campenhoudt, 1998, p.75). Les individus ne se plient pas mécaniquement aux normes hétérodoxes, mais en rejettent certaines et en adoptent d'autres, les refaçonnant à leur manière en fonction des pressions exercées par le groupe de pairs ou de la nécessité de construire une image cohérente des problèmes et une image valorisante d'eux-mêmes. Les individus ont donc une marge d'improvisation et

de liberté qui leur permet de composer avec les rôles prescrits par les « scénarios sexuels » (Gagnon, 1999) et leur réalité ; autrement dit, ils composent le sens et les règles de leurs relations selon les normes et les ressources symboliques dont ils disposent, leur milieu social et « la multitude des autorités morales et des “entrepreneurs de moralité” comme le dirait Howard Becker (1985 [1963]) qui veillent sur leur salut, leur bonheur ou leur santé » (Van Campenhoudt, 1998).

2. LES PRESCRIPTIONS DES PROFESSIONNELS

La médicalisation de la contraception est un phénomène récent ayant marqué les dernières décennies, qui a eu pour conséquence une diversification des lieux de gestion de la sexualité et de la planification familiale⁸. « La diffusion de la contraception médicale a contribué à produire une normalité contraceptive à l’usage des femmes (Bajos, Ferrand, 2002) : les femmes qui ne souhaitent pas d’enfants ne peuvent plus ne pas recourir aux méthodes efficaces qui leur sont proposées, sous le contrôle des médecins, sous peine de passer pour irresponsables et déviantes » (Bozon, 2004, p. 28). L’accès à la contraception moderne est aujourd’hui encadré par le corps médical. Toute femme ayant besoin d’une contraception (excepté pour le préservatif) doit nécessairement passer devant une personne habilitée à lui établir une ordonnance, « une blouse blanche » (gynécologue, généraliste...) ; de ce fait, les femmes sont dépendantes tout au long de leur vie féconde des membres du corps médical. « Dans la « transaction » qui s’opère au moment de la consultation, les deux acteurs impliqués, la femme et le médecin, n’ont pas une position interchangeable. Mais le médecin qui doit prendre en charge les consultations de contraception est peu formé pour assumer un tel rôle, et les femmes concernées peuvent se montrer réticentes à dévoiler certains aspects de leur vie. Ces consultations nécessitent du temps ; et il est plus rapide de renouveler une prescription de pilule que de revoir avec la femme si cette contraception correspond bien à ses attentes du moment » (Bajos, Ferrand, 2001, p. 104).

Le médecin généraliste et le gynécologue ont des fonctions médicales différentes aux yeux des jeunes femmes : on consulte le premier pour des maladies tandis que le second est spécialiste du corps intime (organes génitaux, seins...), de la sexualité et de la fertilité (Guyard, 2005). Les jeunes femmes ont toutes intégré l’idée que lorsqu’on est

⁸ Aujourd’hui les numéros de téléphone et sites Internet sont entièrement dédiés à l’information sur la contraception, la sexualité, le sida ou d’autres thèmes concernant la santé (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie...).

femme, on *doit* aller chez le gynécologue ; ainsi, les premières consultations jouent un rôle important dans l'affirmation de la féminité. L'invisibilité des pratiques contraceptives des femmes est par conséquent difficilement possible, ce qui constitue un obstacle pour les plus jeunes d'entre elles, comme le rappellent Laurent Toulemon et Henri Leridon, « si les nouvelles méthodes [contraceptives] sont effectivement sous le contrôle des femmes (et non des hommes), elles ne vont pas sans contraintes. Et surtout, elles nécessitent l'intervention d'un médecin, pour la prescription (pilule ou stérilet), ou la mise en œuvre (stérilet ou IVG) » (Toulemon, Leridon, 1991, p. 778). Ainsi, le pouvoir que les femmes acquièrent sur la gestion de leur fécondité passe nécessairement par la visite aux professionnels de santé. Outre les parents et les pairs, la diffusion des normes de bonne conduite contraceptive et sexuelle se fait aussi à travers les discours de professionnels. Selon les textes encadrant les pratiques médicales, ces derniers sont censés proposer en consultation une large gamme de méthodes contraceptives et tenir compte des besoins aussi bien que des préférences des femmes. Ceci leur confère un rôle primordial dans l'entrée dans la biographie contraceptive, car l'attitude du médecin influera largement sur le comportement des femmes par la suite (Baccaïni, 1995, p. 293). Dans notre corpus, toutes les jeunes femmes interrogées ont consulté au moins une fois un professionnel de santé pour leur contraception (puisqu'elles ont dans leur grande majorité utilisé au moins une fois une méthode contraceptive moderne : la pilule). Pour comprendre comment l'environnement et les professionnels de santé peuvent influencer les jeunes femmes dans leurs choix contraceptifs et leurs rapports à la contraception moderne, nous nous intéresserons aux lieux consacrés et aux membres du corps médical.

Entre les médecins en cabinets libéraux et ceux qui exercent en centres de planification, ce n'est pas tant la prescription de la contraception qui va changer que le mode d'écoute et le contexte dans lequel se fait la prescription. La pratique en cabinet médical se caractérise par la présence d'un seul professionnel qui exerce à la fois les fonctions d'accueil, d'écoute, de prescription ; la nécessité économique rend plus court le temps accordé aux patientes. La consultation est donc dans ce cadre portée sur la technique, le devoir du médecin consistant à répondre aux besoins énoncés par les femmes, comme le montre le récit de Nadège.

« Quand je vais chez ma gynéco... ça dure 15 minutes... dont déjà 3 ou 4 minutes pour me déshabiller. Avant on parle vite fait. Je lui dis que je viens pour qu'elle me donne la pilule. Elle me demande si je suis toujours avec le même mec. Elle me dit de mettre des préservatifs. Après elle m'ausculte. Et hop je me rhabille, j'attends que l'imprimante sorte mon ordonnance. Je paie et c'est fini "au revoir, à l'an prochain" » (Nadège, 23 ans, étudiante en licence d'ethnologie)

Pour le praticien, il s'agira davantage de répondre pour chaque consultation à un problème, à une inquiétude. Dans le cadre de la médecine pratiquée dans les centres de planification (MFPPF, CPEF ou PMI), le travail d'équipe est mis en avant : l'accueil et la première écoute se font par des animatrices (qui ne sont pas forcément médecins) puis une consultation médicale avec un expert est proposée. Cette prise en charge par un groupe de professionnels facilite la prise en compte des conditions de vie des femmes venues consulter : le temps n'est pas une contrainte aussi forte qu'en cabinet privé, les interlocuteurs peuvent donc s'adapter au rythme des consultantes.

2.1. Le médecin généraliste et le gynécologue en cabinet libéral

Si les rendez-vous chez le médecin généraliste font plus ou moins partie du quotidien, puisqu'ils sont récurrents depuis le plus jeune âge dans le parcours médical des individus, la première consultation gynécologique est quant à elle chargée d'un nouveau sens. Elle marque la reconnaissance d'un corps de femme et d'une entrée dans la sexualité adulte proche. Il semble qu'il soit plus facile pour les jeunes femmes d'aller consulter un médecin (généraliste ou gynécologue) une fois qu'elles sont investies dans une relation amoureuse durable en ayant une sexualité régulière (c'est-à-dire une sexualité qu'elles qualifient de « normale », de sexualité « adulte »). Lorsqu'elles ont une sexualité débutante et/ou épisodique avec un ou plusieurs partenaires, certaines préfèrent un lieu plus anonyme comme le planning familial.

Parmi les jeunes femmes qui ont un médecin de famille, une partie dit qu'en cas de question d'ordre sexuel, elles peuvent l'appeler, et certaines racontent que ce dernier a fait le premier pas en parlant une première fois de la contraception et de la possibilité d'une prescription. Malgré l'attachement que certaines accordent à ce dernier, pour d'autres, il n'est pas le meilleur interlocuteur pour aborder les pratiques sexuelles. Certaines jeunes femmes se trouvent dans l'impossibilité d'en parler avec leur médecin de famille (qui connaît leurs parents, leur fratrie) dans le souci de préserver leur relation de médecin-référent/patiente-privilegiée d'une part, mais aussi dans l'espoir de garantir un plus grand anonymat (et surtout de garder leur sexualité invisible aux parents) d'autre part. Enfin, celles qui n'ont pas de médecin-référent ou « médecin de famille »,

ne vont pas (a priori) prendre rendez-vous avec un généraliste pour obtenir un contraceptif, elles ne s'imaginent pas aller « parler de ces choses-là » avec un médecin considéré comme peu compétent en la matière, car non spécialiste (comme si le généraliste n'était pas apte à prendre en charge les questions de sexualité). Une grande partie des jeunes filles ignore que la pilule peut être prescrite par un généraliste ; pour elles, seul le gynécologue peut répondre à leurs attentes, en tant que spécialiste du corps féminin. « *Le gynécologue est le médecin des femmes* » (Delphine). La première consultation est décisive⁹ : elle doit laisser une bonne impression (écoute, confiance) pour endiguer les peurs liées aux fantasmes du gynécologue « boucher », expéditif et peu précautionneux¹⁰, et inciter la jeune femme à revenir aux consultations suivantes. Ces appréhensions expliquent pourquoi les jeunes filles s'échangent très souvent les coordonnées des gynécologues jugés fiables et non traumatisants.

« J'y ai été toute seule, à Paris. Chez la gynéco de ma copine, parce qu'elle m'a dit qu'elle avait une gynéco bien. [Elle y est allée] une fois. Mais tu vois elle m'a même pas demandé de me déshabiller et tout. Elle a juste parlé. Mais de toute façon je voulais pas me déshabiller. Bah tu vois... pff c'est un peu flippant face à un médecin... » (Delphine, 15 ans, lycéenne)

La crainte du déshabillage et de l'examen gynécologique est commune à de nombreuses enquêtées et contribue à repousser la prise de rendez-vous. Les jeunes femmes sont dans des dispositions physiques (puberté) difficilement combinables avec la nudité totale lors des consultations gynécologiques (d'autant que les plus jeunes ne sont pas toujours nues lors de leurs rapports sexuels). La prise du premier rendez-vous est relativement difficile pour les plus jeunes : le sexe du professionnel, le délai d'attente, mais aussi le prix sont des freins. En effet, si le sexe du médecin généraliste importe peu aux jeunes femmes, le sexe du gynécologue a, lui, une importance pour les patientes qui préfèrent dans une grande majorité avoir recours à une femme. À ce propos, on retrouve dans les travaux historiques d'Anne-Marie Sohn que d'une façon générale, l'avortement est une affaire de femmes puisque dans la grande majorité des cas, les avortées se faisaient

⁹ La consultation gynécologique se déroule selon un même scénario mis en évidence par Laurence Guyard : « Après l'accueil de la patiente par le gynécologue, formalisé très souvent par un « alors comment ça va ? », s'ensuit un temps de parole donné à la patiente durant lequel elle exprime les motivations de sa démarche. Le gynécologue précise alors qu'il va « voir tout ça », invitant implicitement la femme à se déshabiller par ce message verbal. L'examen consiste toujours en l'exploration de l'appareil génital de la femme et la palpation des seins. Une fois cet examen terminé et la patiente rhabillée le gynéco émet alors son diagnostic et rédige le cas échéant une ordonnance. À ce moment-là, un temps de parole peut être repris par la patiente qui prend fin par l'évocation du prochain rendez-vous » (Guyard, 2002, p. 83).

¹⁰ Voir en annexe l'extrait de la brochure du Centre de Plannification de l'université de Liège (SIPS) qui s'adresse aux jeunes de moins de 25 ans.

avorter par une consoeur¹¹. « Entre femmes, l'aveu est facile, la connivence rapide, la pudeur moins effarouchée qu'avec un homme, fut-il médecin » (Sohn, 1996a, p. 967), soulignant ainsi que le corps féminin et tout ce qui s'y rapporte est une « affaire de femmes ». Les propos des jeunes femmes interrogées renouent en cela avec l'ancienne tradition des femmes qui soignent les femmes (Knibiehler, 1983b, p. 260).

« Imagine comment ça doit être horrible d'aller chez un gynéco mec... t'y vas, le gars il est trop beau... et là faut que tu écarter les jambes et tout et lui il regarde partout ! Même ton mec il fait pas ça ! C'est quand même pas génial comme première rencontre ! En plus je trouve que ça fait un peu pervers pour un mec de faire gynéco... Je sais pas... imagine... euh... (rires)... Et puis je sais pas, je serais gênée de me mettre toute nue, bah oui parce qu'il faut... et donc bon tous les petits défauts et tout il les voit... et puis ce que tu lui expliques et tout il peut pas tout comprendre ça reste un mec ! Nan franchement moi je préfère une femme, au moins elle peut comprendre ce que je lui dis. Même si tu vois des fois on dit qu'un homme il est plus doux, moi je préférerais pas un homme ! » (Églantine, 24 ans, styliste)

Églantine se voit difficilement aller consulter un gynécologue homme, la double suspicion, de partenaire potentiel et/ou « obsédé sexuel », l'effraye. Pour elle, le corps féminin doit être pris en charge par des individus du même sexe lorsqu'il ne s'agit pas de relations amoureuses. Elles sont plusieurs enquêtées à raconter que, pour leur première consultation, elles n'auraient pu se déshabiller, se montrer nues puis se faire palper par un homme autre que leur petit copain (un étranger à leur sphère amoureuse), et l'évocation d'une telle situation en a fait rire plus d'une. Le fait que la sexualité se gère entre individus de même sexe avec les proches (famille et pairs) ne facilite pas le recours à un gynécologue masculin aux premières consultations et cette restriction conduit directement à l'idée, réductrice, que la contraception est une affaire de femmes. Après avoir entamé leur biographie sexuelle et contraceptive, avec le temps et l'expérience, certaines enquêtées constatent pourtant que « finalement ça se passe bien » avec un gynécologue homme, qui se révèle « plus doux » ou « plus attentionné ». Ce qui permet de souligner que si le poids de l'autorité médicale sur la vie privée varie selon la nature du rapport qui se noue entre praticiens et clients, il varie aussi selon les époques (Corbin, 1987, p. 599).

Au-delà du sexe du gynécologue, certaines jeunes femmes redoutent la consultation médicale parce qu'elle apparaîtrait sur la carte vitale parentale, et qu'en conséquence elles n'auraient pas le choix de taire leur démarche ; alors certaines préfèrent ne pas dire qu'elles sont allées consulter un médecin pour des raisons contraceptives, cela fait partie

¹¹ Dans les années 1980, les femmes manifestent un véritable engouement pour la gynécologie médicale (Knibiehler, 1983b).

de leur « *jardin secret* ». Si les mineures et les jeunes majeures sont dépendantes de la carte vitale de leurs parents, elles peuvent certes prendre rendez-vous seules, sans le dire, mais les parents reçoivent à leur domicile une lettre faisant état de la consultation et du type de soins pratiqués, ce qui donne éventuellement lieu à une discussion menée sur le mode interrogatoire. Le risque de traçabilité, le prix de la consultation et le délai d'attente avant le rendez-vous sont alors des freins puissants à la consultation gynécologique par les femmes les plus jeunes.

2.2. Les professionnels du planning familial

Plusieurs enquêtes ont souligné l'importance des plannings familiaux en matière d'accessibilité aux moyens de contraception et de gestion des échecs contraceptifs (Westoff, 1988 ; Forrest, Singh, 1991 ; Jones, Forrest, 1992). Quand les jeunes femmes choisissent ce type d'établissement pour leur première prescription, c'est souvent sous l'influence de pairs de même sexe : c'est entre copines qu'elles se donnent les « *bons plans* », entre autres sur le plan contraceptif. Anonymat et gratuité sont des éléments déterminants dans le choix du lieu de gestion de la contraception. Ces arguments sont valorisés et diffusés entre jeunes et peuvent peser plus lourd dans la balance que la proximité ou le sexe du médecin. Une minorité de jeunes femmes raconte être allée au « *planning familial* » pour avoir la pilule la première fois, motivée par le fait que c'était anonyme et gratuit. Ces jeunes femmes ont le plus souvent une de leurs amies qui s'y est rendue avant ; c'est d'ailleurs cette copine qui les a aidées à faire les démarches nécessaires (numéro de téléphone, adresse, rendez-vous). Seulement deux jeunes femmes ont eu connaissance du planning lors d'une visite avec leur lycée¹², cette visite leur a donné l'occasion d'établir un premier contact avec cette structure, comme le raconte Kelly.

« On a été visiter un planning familial aux Bleuets je crois... avec l'école (...) mais je vais y aller là... faut... je vais aller au planning familial des Bleuets parce qu'ils étaient gentils eux... je vais prendre un rendez-vous parce qu'il faut... » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

En visitant le centre de planning familial, elle a pu mettre des images sur ce dont elle avait déjà entendu parlé. À travers son discours, on comprend l'importance du premier contact et des premières impressions. Pour les plus jeunes enquêtées, il est nécessaire

¹² L'information et la prévention dans les collèges et lycées se concrétise parfois par la visite d'un planning familial.

que leur interlocuteur médical soit « gentil », c'est-à-dire fasse preuve de compréhension et d'empathie ; pour toutes il faut que celui-ci fasse preuve d'écoute, les valorise et ne cherche pas à les infantiliser ou à leur asséner morale et jugement négatifs ou culpabilisants. Pour Kelly, la visite a eu lieu plus de trois mois avant l'entretien et pour le moment, le rendez-vous reste un projet. À travers sa parole on perçoit l'injonction du contrôle médical de la sexualité : Kelly cherche à garder la face vis-à-vis de l'enquêtrice en lui assurant qu'elle va « *se prendre en main* », prendre rendez-vous.

Parmi les jeunes femmes enquêtées, peu se sont rendues au planning familial pour obtenir une contraception¹³. L'idée largement véhiculée que le planning familial est uniquement utile en cas de problème de contraception permet de comprendre pourquoi les jeunes femmes en parlent peu dans les entretiens. Cette image est d'autant plus fréquente parmi les plus jeunes et celles qui ont eu un parcours scolaire en dehors des filières générales : « *c'est un lieu pour avorter* » (Justine), elles ne pensent pas qu'une consultation médicale plus « normale » (prescription de la pilule) puisse relever de sa fonction. Tout se passe comme si les jeunes femmes cherchaient à préserver une image de « femmes saines » en évitant de faire référence à ce lieu ; elles ne prennent pas le risque de se voir infliger un stigmaté négatif. Ainsi, alors que pour certaines la gratuité est un avantage considérable (par nécessité économique, ou pour « *profiter du système* »), d'autres la voient comme une forme d'assistantat jugé quelque part infantilisant et remettent en question les compétences médicales des professionnels.

Lors des séances observées au MFPP de Paris, nous avons pu assister aux « consultations de groupe », équivalant aux « mercredis jeunes » dont parle Hélène Bretin (1990). Les jeunes femmes sont réunies dans une salle avant d'avoir un rendez-vous individuel avec un médecin du planning. Une animatrice référente est présente pour animer le débat, faire émerger des questions, et surtout proposer des réponses. Il s'agit dans ces moments de faire se retrouver des individus du même âge, du même sexe, ayant des questions et des attentes *a priori* similaires en matière de sexualité et/ou de contraception. La garantie de l'anonymat, le flou permis en raison de la présence du groupe, la gratuité, l'intervention d'animatrices et/ou de médecins sont des facteurs favorisant la venue des jeunes femmes, mais surtout leur prise de parole (plusieurs sont

¹³ Il paraît important de souligner que plusieurs jeunes femmes (six dans notre corpus) ignorent la fonction et/ou l'existence d'un centre de planning familial dans leur ville ou leur quartier, ce qui confirme en partie les propos d'Anne McLaren qui révèle que « moins de la moitié des jeunes de moins de 20 ans connaissent l'adresse de la clinique de planning familial du quartier » (McLaren, 1999, p. 190).

venues sans savoir qu'il y avait ce type de consultations). À cette occasion, des discussions sur l'intimité, le corps, la sexualité, les hommes sont abordées, la contraception n'étant pas laissée pour compte. Les bruits et rumeurs diffusés dans les groupes de pairs ou dans les magazines font l'objet de questions, celles-ci étant encouragées par le fait « *qu'il n'y a pas de question idiote* » (Animatrice MFPPF). Ne passant pas par les parents, ces demandes d'informations (de précisions), ces échanges, répondent en partie au besoin de construction d'un monde à soi que les jeunes revendiquent, particulièrement lorsque cela touche à l'intimité.

Les jeunes femmes ne précisent pas si elles ont été au Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPPF) ou dans un Centre de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) ; ce qui permet de constater que la dimension militante et féministe n'influence pas *a priori* leur choix. Elles se racontent le déroulement de leur visite, depuis l'entrée jusqu'à la sortie et les conseils reçus. L'absence de précisions entraîne parfois un malentendu sur les coordonnées des établissements, ainsi plusieurs jeunes femmes ont pris rendez-vous au même endroit que leurs copines, s'y sont rendues mais ont été surprises de ne pas reconnaître le lieu ni l'accueil qui leur avaient été décrits. Cette confusion des lieux par une appellation globale et courante de « *planning familial* » est accrue par les différences d'accès aux deux institutions, mais également aux horaires d'ouverture de ceux-ci : alors que le MFPPF a deux antennes dans Paris intra muros et est ouvert assez strictement¹⁴, les CPEF s'inscrivent dans un environnement médical plus large (souvent au sein des hôpitaux), ils sont plus nombreux, ouverts à des horaires plus larges et mieux répartis géographiquement ; par conséquent ils sont plus accessibles tant du fait de leur proximité que de leurs horaires d'ouverture. Cette confusion est préjudiciable à l'accès aux institutions de planification familiale et donc à la contraception. En effet, lorsque le premier rendez-vous se passe « *mal* » (qualification due à un jugement moral trop fort ou à un accueil trop froid, dépersonnalisé), les jeunes femmes refusent d'y retourner et poussent éventuellement la porte d'un gynécologue ou, dans la plupart des cas, remettent à plus tard l'idée d'un suivi médical et abandonnent leur démarche. Enfin, il faut noter que si la relation médecin/patient ou professionnel/profane évolue vers une plus grande participation du second dans les

¹⁴ Ouverture au public de l'antenne MFPPF-Vivienne (Paris) : Lundi de 12h à 16h / Mardi de 16h à 18h30 / Jeudi de 12h à 15h / Mercredi de 13h30 à 16h (Accueil des Jeunes) // Consultations médicales (sur rendez-vous) du lundi au jeudi. Ouverture au public de l'antenne MFPPF-Massena (Paris) : mercredi et vendredi de 10h à 16h. Consultations sur rendez-vous. [Horaires pratiqués en 2006-2007]

décisions concernant la santé, le modèle dominant demeure celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent essentiellement du professionnel¹⁵.

2.3. *L'infirmière scolaire*

Si à l'école les jeunes femmes ne peuvent se procurer directement la pilule, elles doivent pouvoir toutefois y trouver la contraception d'urgence (depuis 2001). Leur intermédiaire est alors l'infirmière de l'établissement scolaire. Dans un contexte où l'institution scolaire intensifie son implication sur les questions relatives à la sexualité (et plus particulièrement sur les risques qui lui sont associés) à travers des « cours » d'éducation sexuelle (prévus par l'article 22 de la loi de 2001¹⁶) elle ne propose, lorsqu'elle le fait, qu'un traitement du problème dans un cadre collectif (information dispensée dans une classe ou dans plusieurs classes réunies). « Ce qui ne peut remplacer le dialogue singulier qui permet seul de poser certaines questions, d'avouer certaines appréhensions, d'échanger » (Mossuz-Lavau, 2001, p. 165). On distingue trois modes de fonctionnement de l'infirmier scolaire : le premier, lorsque l'infirmière assure l'information et la prévention en matière de contraception et de sexualité, comme l'explique Edwige.

« L'infirmière du bahut nous a fait un cours sur la contraception. Donc sur toutes les contraceptions possibles. Et c'est là qu'elle nous a dit ce que contenait la pilule, euh ce que contenait la pilule du lendemain, les effets que ça faisait... » (Edwige, 15 ans, lycéenne)

Le deuxième mode est d'initiative individuelle : Églantine a pris l'infirmière scolaire comme référente en matière de contraception. À sa demande, l'infirmière lui a donné différents conseils sur la contraception et sur les moyens de se procurer un contraceptif ainsi que les coordonnées de deux centres de planification (l'un à proximité du lycée, l'autre à proximité de son domicile). L'exemple d'Églantine permet de souligner combien la relation avec les équipes de soins (ici l'infirmière) est importante dans le

¹⁵ « Différents modèles de relation médecin-patient et de décision médicale ont été décrits dans la littérature. Ce sont par exemple, pour la relation médecin-patient, les modèles de Szasz et Hollender (activité-passivité, direction-coopération, participation mutuelle) et d'Emanuel et Emanuel (informatif, interprétatif, délibératif, paternaliste). Ce sont pour les modèles de décision médicale, les modèles du « patient décideur », du « médecin décideur » et de « décision partagée » » (recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé, 2004, p. 39).

¹⁶ Dans la loi n°2001-588 relative à l'IVG et à la contraception, l'article 22 instaure dans le code de l'éducation un article au terme duquel « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène ». La principale évolution marquée par ces dispositions législatives est la généralisation de l'éducation à la sexualité rendue obligatoire aux trois niveaux de scolarité, qui s'est traduite par la circulaire d'application du 17 février 2003.

choix d'une méthode de contraception puis dans son utilisation. Toutefois, les professionnels ne jouent pas toujours la carte de la responsabilisation des jeunes femmes, en ne les considérant pas « aptes » à prendre « ce genre de choix » (surtout pour les plus jeunes).

Enfin le troisième mode, le plus fréquent, est l'absence d'implication de l'infirmière sur les questions relatives à la sexualité, même lorsque individuellement les jeunes femmes ont tenté d'entrer en contact avec elle, comme le raconte Justine.

YA : Mais t'as déjà été voir l'infirmière du lycée pour ça [la contraception] ?

« Ça va pas ! J'suis pas folle ! Nan mais elle, elle est grave... elle comprend rien, c'est pas notre génération ! Je sais même pas si elle sait ce que c'est tu vois ! En plus je suis sûre que si je lui dis un truc elle appellera mes parents. Elle l'a fait pour Hélène quand elle l'a vue en train de fumer. Alors un truc sexuel, je pense qu'elle appelle sur le portable ! Je suis sûre ! » (Justine, 15 ans, 3^{ème} BEP)

Bien que située au sein de l'établissement scolaire, l'infirmierie demeure un lieu très peu sollicité par les enquêtées pour obtenir des informations sur la sexualité ou la contraception, la plupart n'étant pas sûres que le secret médical sera garanti. Les sites Internet et, dans une moindre mesure, les permanences téléphoniques¹⁷ semblent davantage sollicités par les jeunes femmes. Lorsqu'on est à la recherche de conseils sur la sexualité et les moyens contraceptifs disponibles, ils permettent de se procurer de l'information à n'importe quel moment en restant anonyme. Les jeunes femmes naviguent entre les rubriques « informatives » rédigées par des médecins et les forums rédigés par les internautes (où tout et n'importe quoi peut circuler, sans aucune garantie sur la fiabilité des contenus). La crédibilité accordée aux forums est moindre que celle conférée aux articles médicaux, néanmoins les jeunes femmes y portent un intérêt certain car ce sont des « vrais gens qui parlent » (Élise).

2.4. Les représentations des professionnels sur les méthodes contraceptives et leurs utilisatrices

Le rôle du médecin, qu'il exerce en cabinet privé ou en centre de planification, consiste à faire bénéficier les femmes des progrès en matière de contraception pour leur faire bénéficier des avantages que les méthodes médicales proposent face aux méthodes

¹⁷ Les sites Internet les plus cités sont : doctissimo.com et tasante.com (site de santé de la radio Skyrock). La qualité des informations fournies n'est pas toujours vérifiable, les heures et les jours d'ouverture des lignes téléphoniques ainsi que leur saturation aux moments ouvrés sont un inconvénient au bon fonctionnement de ce type d'information (Trussell *et al.*, 2000).

traditionnelles (« à l'ancienne »). Jean-Marie Le Goff (2005) rappelle que la classification des techniques contraceptives repose sur une classification des méthodes selon un critère tradition/modernité, celle-ci est fondée sur le facteur de l'efficacité de chacune des techniques de contraception. Reprenant les travaux de Michel Bassand et Jean Kellerhals (1975), il ajoute qu'un aspect du clivage entre méthodes traditionnelles et modernes est celui du type de rationalité auquel se rattache l'acceptabilité de ces méthodes. Ainsi, avec « le contraceptif injectable, la pilule ou le stérilet qui consacrent l'intervention et la compétence médicale, les praticiens et les équipes qui, le cas échéant, les entourent sont devenus des acteurs incontournables de la régulation des naissances. Pourvoyeurs car prescripteurs des méthodes médicales, ils participent à la construction sociale sexuée des modalités contemporaines du gouvernement des corps » (Bretin, 2004, p. 90).

Nous aborderons ici les représentations qu'ont les médecins¹⁸ des méthodes contraceptives et de leurs utilisatrices. Ceci nous paraît important dans la mesure où c'est une des clés qui nous permettra de comprendre pourquoi une méthode est plus ou moins prescrite (et donc utilisée), compte tenu de la faible marge de manœuvre dont disposent les femmes à l'égard du discours médical. « Si les logiques médicales de prescription sont majoritairement gouvernées par la recherche de l'efficacité maximale, ce critère n'est pas pour autant nécessairement le seul pris en considération » (Bajos, Ferrand, 2001, p.104). En effet, aussi différentes soient-elles dans leur composition et leur utilisation, les méthodes « modernes » de contraception qui existent actuellement ont toutes la même fonction : éviter que les rapports sexuels soient féconds. La prescription de chacune des méthodes « modernes » s'effectue donc selon le bilan médical effectué à l'aide de la prise de sang (recherche de cholestérol...) mais aussi en fonction des souhaits émis par les jeunes femmes. Nombreuses sont celles qui se rendent chez un médecin en sachant quelle contraception elles vont demander (sans savoir si celle-ci est la plus appropriée). Néanmoins, comme le soulignait Hélène Bretin, dans le discours des professionnels de santé, la représentation des méthodes de contraception fait référence aux femmes qui les utilisent. En effet, « la pratique que décrivent les médecins rend compte des formes contemporaines de gouvernement des conduites procréatives centrées sur le contrôle pour et par les individus. Un autocontrôle érigé comme norme et dont témoignent notamment la diffusion de la pilule et du

¹⁸ Ceci a été possible grâce aux rencontres faites avec des professionnels du corps médical lors de l'enquête de terrain, mais également lors de rendez-vous médicaux personnels.

stérilet (...). La parole, observe Dominique Memmi, est au coeur de ce nouveau gouvernement des conduites. Il passe, selon l'auteure, par « une sollicitation autobiographique minimale » qui doit permettre aux individus de montrer, dans le cadre d'un dialogue avec des spécialistes du corps et de la santé, des « motivations acceptables », et visant, selon les cas, soit à satisfaire la demande, soit à la formaliser ou encore à la transformer » (Bretin, 2004, p. 96). Ainsi la méthode contraceptive a un sens caché qui se révèle en situation de prescription : la pilule n'est pas une contraception plus « sérieuse » que les autres, mais elle est de manière générale prescrite à des filles considérées comme « sérieuses » par le médecin ; a contrario, l'implant (en tant que méthode qui s'impose aux femmes car il est inséré dans l'avant-bras) sera prescrit aux filles « irresponsables », qui sont susceptibles de pas réussir à gérer une contraception quotidienne. Les représentations qui entourent chacune des méthodes permettent de comprendre ensuite les conditions de prescription et l'attitude des femmes à l'égard des contraceptifs. En conséquence, nous verrons que « l'efficacité d'une méthode de contraception dépend, outre des motivations à éviter une grossesse, des conditions de prescription » (Bajos, Ferrand, 2001, p. 104).

La pilule pour commencer

Les propos de la grande majorité des jeunes femmes interrogées et des professionnels de santé rencontrés concordent : la pilule est prescrite de préférence aux femmes les plus jeunes dans les premiers temps de leur vie sexuelle. Parce qu'elles sont nullipares, elles ne peuvent bénéficier d'autres méthodes (le stérilet par exemple), ou parce qu'elles sont inexpérimentées et qu'elles « ne connaissent pas bien leur corps », le préservatif féminin n'est pas jugé satisfaisant (tout comme les ovules). Mais aussi, puisque c'est la méthode la plus répandue et la plus médiatisée, ce serait celle qui conviendrait le mieux aux jeunes femmes (elles disposeraient d'exemples d'utilisatrices proches, contrairement à l'implant ou au patch). Les précautions d'utilisation étant considérées comme peu contraignantes par les médecins, et la facilité d'emploi supposée, l'idée qu'elle est adaptée aux plus jeunes est favorisée. De la même manière, la faiblesse des effets secondaires des pilules de deuxième et troisième générations faciliterait les débuts de la biographie contraceptive, une méthode comportant des effets secondaires trop forts pouvant être source de résistance à l'ensemble des autres méthodes. Pour certains médecins, la pilule a un intérêt supplémentaire dans la mesure où elle permet aux jeunes femmes d'accéder à une contraception d'adulte et leur offre la possibilité de faire

reconnaître et/ou d'affirmer leur sexualité, ce dont le professionnel tiendra compte dans ses prescriptions. En tant que méthode admise et donc peu remise en cause, la pilule est considérée comme le point de départ d'une biographie contraceptive « normale », « comme tout le monde ». À travers le discours des jeunes femmes, on note qu'un désir de changement de méthode au détriment de la pilule suscite des réticences de la part des professionnels d'autant plus fortes que la femme est jeune ; ils ne proposent bien souvent aucune méthode suppléante « aussi bien ». Enfin, les effets secondaires liés à la pilule tels que les problèmes vasculaires qu'elle peut favoriser font l'objet de très peu de discussion, comme si les médecins cherchaient à éviter le refus de la pilule. L'information sur les autres moyens existant, lorsqu'elle est donnée, fait l'objet de nombreuses précautions ; tout semble être fait pour ne pas dissuader les jeunes patientes de préférer la pilule.

Le stérilet, une « contraception pour les mères »

Autre méthode fiable et très utilisée en France, le stérilet conviendrait toutefois uniquement aux femmes ayant déjà eu des enfants. En ce sens, la pilule conviendrait aux femmes jusqu'au premier enfant et serait ensuite remplacée par une méthode plus durable telle que le stérilet. À ce titre, le stérilet est le contraceptif « pour les mères »¹⁹. Bien que son usage soit facile et les effets secondaires de plus en plus rares, il est l'objet de nombreuses réticences, tant de la part des jeunes que des professionnels. Il serait uniquement disponible pour les femmes ayant eu des enfants : les risques d'infection sont à ce titre surmédianisés semble-t-il, l'objectif étant de ne pas compromettre la fécondité des femmes les plus jeunes, pour qui bien souvent stérilet rime avec stérilité. Cette méthode pourrait cependant correspondre aux jeunes femmes qui souhaitent une méthode pratique qui ne nécessite pas d'investissement particulier et quotidien (contrairement à la pilule), mais il semblerait que l'implant soit davantage prescrit malgré des effets secondaires plus fréquents et plus gênants pour les femmes²⁰.

¹⁹ Le stérilet pour les femmes ayant eu des enfants est toutefois contradictoire dans la mesure où une femme nullipare ayant avorté sera considérée par les médecins comme « ayant eu un enfant » (car ayant eu une grossesse) et à ce titre peut se voir prescrire un stérilet, comme l'a expliqué Wahmia.

²⁰ Les effets secondaires de l'implant contraceptif sous-cutané, rapportés par les jeunes femmes, semblent proches de ceux dont parle Hélène Bretin à propos du contraceptif injectable. Le vécu des femmes est en plusieurs points similaires. « Le caractère aléatoire des effets secondaires à court terme — en particulier les saignements plus ou moins forts et prolongés ou l'aménorrhée — et le vécu parfois difficile du bouleversement du cycle menstruel par les utilisatrices militent en faveur de méthodes plus acceptables et maîtrisables, tant pour les médecins que pour les femmes elles-mêmes » (Bretin, 2004, p.91).

La « pilule du lendemain », une méthode pour les jeunes

La contraception orale d'urgence est, pour les médecins, un dernier recours avant l'avortement, mais la marginalité induite par cette contraception post-coïtale s'associe à des figures féminines particulières au regard de la maîtrise de la fécondité. En effet, la représentation de la contraception d'urgence et de ses utilisatrices fait moins appel à des critères médicaux qu'à des critères générationnels ou d'activité sexuelle. Lorsqu'il est question de contraception orale d'urgence, il est le plus souvent question de femmes jeunes pour les professionnels²¹. L'association est fréquente dans les discours : l'âge est une caractéristique des utilisatrices de cette méthode. L'écart à la norme (vu sous l'angle du rapport non contracepté ni protégé) s'explique par l'âge et/ou le manque d'expérience. Néanmoins, il semblerait que pour les plus jeunes, il soit acceptable de ne pas avoir pu/su prendre ses précautions, ceci étant expliqué par le manque d'expérience (on peut ainsi se demander ce qu'il en est pour les femmes plus âgées qui ont besoin de la contraception d'urgence). L'objectif commun des médecins est d'éviter aux jeunes femmes d'avoir à nouveau recours à la contraception d'urgence, mais surtout de leur éviter d'avorter. Dans le discours des professionnels, il s'agit d'une méthode de « rattrapage » pour « *celles qui n'ont pas pris leurs précautions* », « *celles qui ne font pas attention* » ou encore pour les « *filles comme cela* » (comme nous l'a expliqué un médecin). Les professionnels hiérarchisent les situations, du moins grave au plus grave, du point de vue de l'exposition au risque de grossesse. Ils opèrent ainsi un classement des rapports sexuels selon l'utilisation de la contraception d'urgence : un problème de préservatif sera moins reproché qu'un rapport sans rien ou qu'un oubli de pilule. La norme de la protection est donc toujours présente et on peut se poser la question de savoir à quel point les normes ne sont plus des conduites idéales mais des conduites minimales. En ce qui concerne les femmes plus expérimentées et plus âgées, certains voient dans les « *ratés* » contraceptifs, tel que l'oubli de pilule, un désir inconscient de maternité et les questionnent, parfois très intensément, comme une demande d'aveu.

²¹ Le stérilet peut fonctionner comme une contraception d'urgence s'il est posé dans les 5 jours qui suivent un rapport non ou mal protégé. Toutefois, l'ensemble des jeunes femmes rencontrées ont utilisé la « pilule du lendemain » c'est-à-dire la contraception orale d'urgence (du type Norlevo®).

« Un jour j'ai été chez le médecin, enfin une gynéco, dans un dispensaire. J'y allais parce que dans les dispensaires y a des filles tellement pires que moi d'un point de vue santé que je me suis dit qu'on me poserait pas trop de question. Et donc je rentre, je dis que je veux la pilule et tout et puis je dis que j'ai oublié mon comprimé parce que je sais pas trop comment faire. Et là, cette connasse de médecin m'a fait un blabla de 15 minutes sur le désir d'enfant. Comme quoi il fallait pas que je refoule mes envies et que si j'avais oublié ma pilule maintenant et jamais avant c'était bien un signe de mon inconscient et tout. Alors que je sais, non je ne veux pas d'enfant. Et je lui ai dit mais elle a insisté pour me dire que ça pouvait être le bon moment bientôt vu mon âge et tout [elle avait alors 23 ans]. Mais elle sait rien de ma vie... Vraiment si toutes les filles qu'oubliaient leur pilule avaient un désir d'enfant caché ça se saurait non ?! Pfff... » (Angélique, 24 ans, étudiante en DESS d'urbanisme)

YA : « Et t'as eu ta pilule du lendemain du coup ? »

« Non, elle m'a dit d'aller la chercher à la pharmacie... Par contre-coup je me suis dit qu'heureusement j'avais pas été la voir pour avorter sinon je sais pas quelle réaction elle aurait eue ! » (Angélique, 24 ans, étudiante en DESS d'urbanisme)

Plusieurs médecins que nous avons rencontrés ont dit établir des ordonnances de pilule en ajoutant une plaquette de contraception d'urgence, sans que les jeunes femmes n'en fassent la demande. Prétextant qu'une « erreur arrive à tout le monde » (généraliste) ou encore « qu'un accident est si vite arrivé » (gynécologue), ils n'ajoutent cependant la contraception d'urgence de manière systématique qu'aux plus jeunes de leurs patientes. Une fois atteint l'âge socialement admis pour une première grossesse, ce sont les femmes qui doivent en faire la demande.

Les médecins regrettent parfois que la contraception d'urgence soit disponible sans ordonnance dans la mesure où selon eux, le travail de prévention n'est pas suffisamment fait en pharmacie et que le suivi est impossible. Parmi les pharmaciens rencontrés, nombreux sont ceux qui ont eu des mots très durs concernant les utilisatrices de la contraception d'urgence. Ils insistent sur les « filles qui prennent ça comme des bonbons » et celles qui « couchent avec n'importe qui et qui ont des problèmes après », rapprochant parfois dans leurs discours la contraception d'urgence de l'avortement. Pour d'autres pharmaciens, les utilisatrices de la contraception d'urgence sont des femmes jeunes qu'il faut aider pour que cela ne se reproduise pas. Dotés d'une nouvelle mission qu'ils cherchent à accomplir, ils font de la prévention en leur proposant par exemple les coordonnées des lieux de soins les plus proches. Mais sur l'usage de la contraception d'urgence, il y a consensus : il doit être le plus rare possible. Les utilisatrices récurrentes font l'objet d'une stigmatisation, jusqu'à être considérées comme des « inconscientes » (Pharmacie, Paris, 12^e) et on retrouve alors des points communs avec les jugements portés sur les « récidivistes » de l'IVG dont parlait

Simone Novaes (1982). Les représentations des professionnels de santé sur la contraception d'urgence permettent de mettre en évidence que le fait de pouvoir anticiper et éviter le risque rend d'autant plus intolérant aux écarts de conduite, aux écarts à la norme.

Dans leur majorité, les professionnels semblent s'accorder pour dire que la contraception moderne est un progrès considérable (la science ayant réussi à débarrasser les femmes de la peur d'une grossesse non désirée). Ils hiérarchisent les méthodes selon leur efficacité théorique et leur degré de modernité, et classent également les utilisatrices. Ils différencient celles qui ont recours à la contraception d'urgence pour un oubli de pilule, pour un retard de pilule, pour un problème de préservatif et celles en ayant besoin pour une absence de contraception et de protection. Leur objectif étant de faire primer l'anticipation de la méthode en vue du rapport sexuel, l'avortement est par conséquent l'ultime méthode qu'on fera tout pour éviter (l'accent est mis sur les coûts physiques, économiques et psychologiques d'une IVG). Tout est donc fait par les médecins pour guider les femmes et leur éviter l'avortement. Cette volonté peut passer par des imprécisions concernant certaines méthodes jugées trop « traditionnelles » (compter les jours) ou « trop modernes » (anneau) et difficiles à maîtriser pour les femmes jeunes²² ; en cela, ils reconnaissent l'importance de leur influence dans le choix de la méthode contraceptive par leurs patientes. La médicalisation de la contraception leur a, à ce titre, permis de se placer en première ligne dans le domaine de la gestion de la sexualité. Dans un contexte où les méthodes modernes de contraception sont soumises à prescription, la légalisation a assuré un monopole médical sur leur diffusion et leur utilisation. Ainsi, aujourd'hui, contraception « moderne » et intervention médicale sont nécessairement liées (Knibiehler, 1983b ; Bretin, 1990 ; Bajos, Ferrand *et al.*, 2002 ; Memmi, 2003) : le corps des femmes ayant recours à une contraception moderne doit obéir à une logique médicalisée (suivi médical, surveillance – frottis, dépistage – cholestérol...). Cette extension officielle du champ d'intervention de la pratique médicale s'est inscrite dans la dynamique d'un plus grand pouvoir accordé aux

²² « Les difficultés techniques, les effets secondaires et certaines conditions de la pratique s'opposent plus ou moins, pour les praticiens, aux principes dominants supposés guider, de leur point de vue, le recours à la contraception : la prescription d'une méthode à la fois efficace et acceptable, la participation des femmes à la décision, l'information et le choix éclairé de ces dernières. Il n'en reste pas moins que les médecins ont pu être amenés à l'utiliser le cas échéant en dépit de leur propre opinion. » (Bretin, 2004, p. 92).

professionnels (considérés comme experts et dont le pouvoir est reconnu) dans une société poussée par le progrès scientifique et technique. Aussi, avec la légalisation de la contraception et la diffusion massive des méthodes modernes, le contrôle des naissances passe-t-il aujourd'hui nécessairement par des visites au corps médical. Les professionnels ont par conséquent un rôle central dans les usages de la contraception. « Une attitude moralisatrice, une réticence quant au caractère légitime de la sexualité des adolescents, un discours agressif antitabac, sur le taux de cholestérol, ou une présentation effrayante des risques vénériens, n'auront d'autre effet que d'éloigner les jeunes du monde médical, de compromettre leur accès à la contraception mais aussi d'affecter leurs pratiques contraceptives ultérieures. À l'opposé, l'instauration d'une relation fondée sur l'écoute de la demande et respectueuse des préoccupations de l'adolescente facilitera sa "démarche" contraceptive » (Durand, 2002, p. 255). Mais la relation établie avec le corps médical implique d'y avoir eu accès, et l'accès aux professionnels contribue au succès d'une pratique contraceptive.

CHAPITRE 7 – DES RAPPORTS SEXUELS ET DES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

À partir des observations menées par plusieurs chercheurs, une des questions de notre enquête était en effet de savoir s'il y avait une différence notable entre les pratiques des jeunes femmes vivant en zones rurales, dans des villes de taille moyenne et dans des grandes villes. Car s'il y a consensus pour dire que la contraception s'est largement diffusée en France, on ne sait pas encore très bien si le type de diffusion est social, géographique ou les deux à la fois (Bocquet-Appel, Jacobi, 1997¹). Selon nos observations, des disparités demeurent à la fois sur le plan géographique et social (Bassand, Kellerhals, 1975 ; Westoff, 1988), cependant, en raison de la structure de notre corpus, nous insisterons sur les disparités géographiques, les écarts de pratiques entre les différentes classes sociales restant peu visibles (de plus, ils ont beaucoup diminué en dix ans, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de la pilule (Baccaïni, 1995)).

Les jeunes femmes vivant en ville (moyennes ou grandes) qui ont été interrogées paraissent avoir un plus large accès à la contraception, et une plus grande diversité des lieux d'information que celles qui vivent dans des villes plus petites ou en zone rurale. Parmi celles que nous avons rencontrées, il semblerait que les jeunes femmes de la ville connaissent mieux les stratégies pour obtenir une pilule sans ordonnance, un test de grossesse gratuit ou une contraception gratuite. Ceci s'expliquerait en partie par la répartition des professionnels disponibles : le nombre de médecins (généralistes ou gynécologues), de centres de planification, y sont pour beaucoup ; mais la plus grande facilité de déplacement explique aussi cette meilleure couverture : le développement des transports publics favorise un meilleur accès aux soins et à l'information². Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, il semble qu'il soit plus simple pour une jeune femme vivant en banlieue parisienne d'avoir accès aux soins que pour une jeune femme vivant en

¹ Pour les auteurs, la diffusion sociale est un « processus de contagion [...] vertical, allant, classiquement, des élites vers les travailleurs ruraux non qualifiés. Son démarrage et sa vitesse sont corrélés à la hiérarchie sociale. Dans le second cas, diffusion géographique, le processus de contagion est horizontal. (...) La contagion s'étend sur la carte, indépendamment de la position des individus dans l'échelle sociale, typiquement comme une épidémie. (...) Le troisième cas est plus complexe : la contagion est simultanément horizontale et verticale. La diffusion géographique s'effectue *via* une stratification sociale, avec différentes vitesses dans chaque direction » (Bocquet-Appel, Jacobi, 1997, p. 977).

² Cf. annexe tableau sur la répartition du nombre de pharmacies par habitant.

province dans une petite ville ou en milieu rural³. L'offre de soins étant différente selon les régions, certaines jeunes femmes se trouvent handicapées par le manque de structures de proximité qui garantissent l'anonymat⁴, qu'elles sont nombreuses à chercher. Enfin, les campagnes d'information et de prévention, par voies d'affichage surtout, sont, sinon plus fréquentes, du moins plus visibles dans les zones urbaines de grandes tailles. La grande diversité des lieux de soins dans les grandes villes, ainsi que leur nombre, permet aux jeunes femmes de pouvoir « *choisir la blouse blanche qu'il [leur] faut* » selon leurs besoins et l'appréciation qu'elles s'en font (ce dont ne bénéficient pas les jeunes femmes rencontrées qui habitent en zone rurale par exemple). Si accès rime avec succès, c'est en partie parce que les jeunes femmes ont le « *luxe* » de pouvoir choisir leur référent en santé et le type de lieu qu'elles décident de fréquenter ; on pourrait parler d'une offre de soins « à la carte ». Plus il y a de lieux de soins, plus l'adaptation à la demande est possible (même si elle n'est pas forcément utilisée, ni connue⁵). Nos observations et celles de Brigitte Baccaïni convergent : les contrastes régionaux persistent (Baccaïni, 1995), l'accès à la médecine, en particulier au niveau régional, est encore géographiquement inégal (contrairement à ce qu'affirmait Hugues Lagrange, 1997) même si les comportements contraceptifs ne dépendent pas seulement de l'offre médicale (le groupe de pairs a une très forte influence).

Les inégalités sociales d'accès à la contraception demeurent, comme l'ont montré les enquêtes sur l'accès différencié aux lieux de soins publics et privés. Concernant les méthodes contraceptives, les inégalités sociales sont sensibles lorsqu'on s'intéresse aux connaissances des jeunes femmes sur les mécanismes du corps ; la signification que prend l'outil contraceptif en tant que choix de vie ou nécessité. « Les principaux

³ Brigitte Baccaïni souligne la spécificité des habitantes de HLM de grandes villes. Selon l'auteure, « les femmes des HLM de grandes villes ont une probabilité de consulter assez nettement plus faible que celles qui vivent dans un habitat du même type dans une petite ville. Dans les grandes agglomérations, les cités HLM forment, plus nettement que dans les petites villes, des milieux de vie spécifiques, souvent fortement circonscrits dans l'espace, ce qui explique peut-être leur moindre ouverture vis-à-vis de la diffusion des comportements modernes » (1995, p. 306).

⁴ Si l'anonymat des grandes villes est recherché par les jeunes femmes en quête d'autonomie et revendiquant la gestion d'une part de leur monde personnel (dans la mesure où cela leur permet de vivre plus aisément leur vie de « femme libre »), Johanne Charbonneau remarque que pour les mères adolescentes, « les jeunes femmes qui vivent dans les milieux ruraux semblent parfois moins souffrir d'éloignement, profitant des traditions d'entraide locale où demander un transport est une chose qui va de soi, contrairement à ce qui se passe en ville » (Charbonneau, 2003, p. 206). La liberté et l'anonymat qu'offrent les grandes villes aux jeunes femmes est parfois ce qui amène les jeunes mères à « idéaliser la campagne, où on peut tout recommencer à zéro » (p. 211).

⁵ Mais ce n'est pas parce que l'offre de soins est très diversifiée à Paris que toutes les Parisiennes connaissent les structures de soins et en bénéficient ; en effet une partie des enquêtées ayant accès (géographiquement, économiquement et socialement) aux lieux de soins n'y vont pas. Ceci amène à poser la question de la signification de la contraception pour les jeunes femmes.

obstacles (à la contraception) tiennent à l'inertie générale. On fait comme si la loi suffisait. Les femmes ont le droit à la contraception : à chacune de se débrouiller pour l'obtenir ! En réalité, l'information est mal diffusée : trop de jeunes ne savent pas où s'adresser, ou elles n'osent pas » s'indignait Yvonne Knibiehler (2001, p. 204). Mais les inégalités sociales sont aussi perceptibles lorsqu'on s'intéresse aux taux de prise en charge des contraceptifs par la sécurité sociale et les mutuelles. Comme le montre le tableau en annexe, les méthodes les plus modernes sont les moins remboursées par l'assurance maladie et sont très peu prises en charge par les mutuelles complémentaires, alors qu'elles sont très fréquemment prescrites par les généralistes et les gynécologues des jeunes femmes que nous avons rencontrées⁶. Ces médecins semblent peu tenir compte du pouvoir financier de leurs patientes, comme si lorsque l'on voulait bénéficier d'une « bonne » contraception, il fallait y mettre le prix ; la santé ne se brade pas.

L'analyse des moments et des interlocuteurs sur l'information des méthodes contraceptives a permis de mettre en lumière, outre l'absence d'information sur certaines méthodes existantes et les difficultés d'accès (souvent par méconnaissance des structures présentes), que l'information sur les méthodes est parfois mal maîtrisée par les jeunes femmes que nous avons rencontrées. Faite trop vite, trop ponctuellement ou trop partiellement (*cf.* les cours d'éducation sexuelle), la transmission du savoir contraceptif peut parfois difficilement conjurer les peurs et dépasser certaines réticences et, contrairement à ce qui était attendu, cela peut renforcer la conviction que telle ou telle méthode n'est pas acceptable en raison de ses effets et de ses risques (Bretin, 1990, p. 109). Il s'agira à présent de saisir comment, avec l'information qu'elles ont pu recevoir, les jeunes femmes débudent leur biographie contraceptive (avant, après ou lors du premier rapport sexuel), mais aussi de voir quel type de méthode elles choisissent « *pour commencer* ». Ceci devrait permettre de comprendre ce qui se joue dans la pratique contraceptive au-delà de la gestion de la fécondité ; aussi nous nous demanderons si la revendication d'une contraception par les jeunes femmes peut être

⁶ En 2007, les complémentaires santé étudiantes proposent des « forfaits contraception » : la LMDE rembourse 55€/an pour les contraceptifs de 3^{ème} génération (pilule, patch, anneau) aux adhérentes des deux cotisations les plus élevées et prévoit des forfaits « test de grossesse », « préservatif féminin », « préservatif masculin » et « pilule du lendemain » à 10€/an. La SMEREP, elle, propose un « forfait pilule contraceptive de 3^{ème} génération » allant de 30€/an à 60€/an (selon le taux de cotisation) et un « forfait pilule du lendemain » à 10€/an pour toutes les adhérentes (quel que soit le taux de cotisation). Les deux mutuelles étudiantes ne remboursent donc qu'une seule utilisation de la « pilule du lendemain » (puisque le prix de vente est autour de 8€/boîte).

interprétée comme une recherche de légitimité de leur vie sexuelle. Enfin, puisque nous avons fait l'hypothèse que la pratique contraceptive était influencée par le type de rapports sexuels, nous nous attacherons à distinguer l'ensemble des rapports sexuels que les jeunes femmes rencontrées ont raconté, dans le but de comprendre la biographie contraceptive des enquêtées et les choix contraceptifs qu'elles feront par la suite.

1. TROIS TEMPS POUR COMMENCER SA BIOGRAPHIE CONTRACEPTIVE

Les motifs du recours à la contraception sont nombreux et les jeunes femmes expliquent à maintes reprises dans les entretiens pourquoi ce n'est pas le temps de la maternité⁷, même si, rappelons-le, la plupart ne s'imaginent pas sans enfants par la suite. Pour beaucoup, les études sont une priorité que la venue d'un enfant les contraindrait à abandonner ; pour d'autres, c'est leur entrée récente dans le monde du travail qui justifie leur désir d'obtenir une contraception : « *un enfant serait mal venu alors que je suis en train de me faire une expérience professionnelle* » explique Adriana, secrétaire. Les jeunes femmes ne veulent pas avoir à choisir entre leur vie professionnelle (ou étudiante), leur vie de couple et leur vie de mère, aussi préfèrent-elles différer cette dernière qui, pour certaines, est une forme d'emprisonnement. Arrivent ensuite les arguments plus propres au développement personnel : les jeunes femmes évoquent le désir de préserver leur vie et leur liberté de mouvement et de décision (qui est relativement récente) ; certaines estiment ne pas se connaître suffisamment pour entreprendre cela, d'autres ne se sentent pas assez matures ou responsables pour avoir quelqu'un à charge. Par ailleurs, la constitution d'un couple stable est vue comme une obligation avant la maternité que certaines rejettent, revendiquant une liberté en couple. Enfin la pression familiale ou les conditions économiques peuvent être des éléments expliquant également le recours à la contraception.

Pour le premier rapport, la norme voudrait que la première contraception soit également une première protection, c'est la vocation du préservatif, seule méthode contraceptive et

⁷ Excepté pour Claire et Caroline qui ont un enfant chacune. Pour elles, ce n'est pas le temps d'une « nouvelle » maternité. Seule Laetitia souhaite « tomber enceinte » au moment de l'entretien, et ne prend plus aucune précaution contraceptive.

protectrice disponible pour le moment⁸. Le préservatif est la méthode de contraception/protection considérée, par les parents et les professionnels, comme la plus accessible pour les populations « jeunes » pour des raisons économiques, compte tenu de la diversité des lieux de vente (pharmacies, supermarchés, distributeurs, associations diverses), mais aussi parce que c'est une méthode considérée comme très fiable et adaptée à l'activité sexuelle des jeunes, puisqu'elle est liée à l'acte. À cette méthode très valorisée s'ajoute la pilule : contraception considérée comme « *la plus fiable* » et relativement bien adaptée au public jeune lorsque ses relations sexuelles sont relativement fréquentes. La « bonne » première contraception reviendrait à une utilisation simultanée du préservatif et de la pilule, l'un ayant une fonction de protection et l'autre une fonction de contraception. Quant aux autres méthodes modernes (anneau, patch, implant), elles ne font pas l'objet de recommandations particulières à l'égard des jeunes, et sont considérées comme « inadaptées » aux premiers temps de la vie sexuelle, en raison de leurs modalités d'utilisation ou de leur prix ; le stérilet est quant à lui vivement déconseillé. Les méthodes « traditionnelles » ou « naturelles » sont occultées de l'information diffusée à un tel public et restent largement stigmatisées (ce qui expliquerait en partie une tendance à la sous-déclaration du retrait par exemple).

Les informations données aux jeunes sont à comprendre dans le contexte d'un discours global véhiculant une norme de la « bonne première contraception » qui hiérarchise les méthodes disponibles en fonction de leur gestion par des jeunes gens « *pas forcément capables de faire mieux* ». Aux temps du sida, des IST et des grossesses non prévues, la norme de la « bonne » première méthode serait celle du préservatif pour le premier rapport, jouant alors le double jeu de protection et de contraception. Toutefois, même si le recours au préservatif lors du premier rapport est aujourd'hui pratiqué par plus de sept jeunes sur dix et que près de deux jeunes femmes sur dix déclarent avoir utilisé la pilule pour leur premier rapport, ces chiffres ne doivent pas masquer le fait que les jeunes femmes sont pourtant nombreuses à « *bricoler* » avec leur première contraception.

⁸ Notons que l'information véhiculée autour du préservatif concerne toujours beaucoup plus sa fonction de protection que sa fonction contraceptive.

Précautions : jeunes âgés de 15 à 18 ans au 1^{er} janvier 1994

Ne concerne que la première fois (premier rapport sexuel avec pénétration)

	Garçons	Filles
Préservatifs	78,9	74,4
Pilule	22,0	18,6
Spermicide, crèmes, ovules	0,7	0,9
Dates	0,5	1,4
Retrait	5,2	5,3
Rien (ni préservatif, ni pilule, ni autre méthode (retrait, dates))	8,4	12,2
<i>Base (effectif)</i>	<i>1842</i>	<i>1314</i>

Source : Hugues Lagranges, Brigitte Lhomond *et al.*, 1997, *L'entrée dans la sexualité*, chap. 9 « Précautions : Préservatifs et recours au test », p. 286.

L'analyse de notre corpus permet de distinguer trois temps pour commencer sa biographie contraceptive. La nuance a été opérée selon le déroulement du premier rapport sexuel (non contraint), dans le souci de comprendre quels sont les arguments mobilisés par les jeunes femmes pour choisir leur contraception ; il est dès à présent utile de souligner que l'entrée dans la biographie sexuelle et l'entrée dans la biographie contraceptive peuvent avoir lieu à des moments différents ou simultanément. L'enquête de terrain a surtout mis en évidence l'importance des enjeux relationnels et affectifs des premiers temps de la biographie contraceptive (même si secondairement des raisons géographiques et sociales ont été mises en lumière). Nous le verrons, certaines jeunes femmes anticipent le moment de la contraception/protection hors du premier rapport, d'autres le prévoient, quand une partie n'a « rien vu venir » (ou n'a pas deviné ce moment).

1.1. Avoir une contraception avant le premier rapport

En raison de la médicalisation de la contraception moderne, des contextes familiaux dans lesquels vivent les jeunes femmes, la vie affective ne peut à elle seule expliquer le recours à certaines méthodes et non à d'autres, même si elle joue un rôle fondamental dans les comportements contraceptifs. L'exemple le plus parlant est celui des cinq jeunes femmes qui ont utilisé un contraceptif avant d'avoir un rapport sexuel (voire un premier petit copain). Pour elles, la contraception n'a pas été associée à une volonté de contrôler leur fécondité, ni à une sexualité active : contraception et vie sexuelle étaient complètement dissociées. Pour Fatima, il s'agissait de prendre un contraceptif oral en amont des rapports, pour des raisons de régularité de cycle menstruel. Ainsi elle a prit la pilule sans avoir jamais embrassé un garçon et encore moins avoir eu un rapport sexuel.

« Je l'ai prise avant de partir en Espagne parce que j'avais des problèmes de régularité dans mes règles, et donc je pensais que prendre la pilule ça allait me donner des règles stables. Parce que des fois je les avais pas pendant 6 mois puis pendant 3 mois et tout. » (Fatima, 24 ans, chargée de communication)

Pour elle, la pilule a été bénéfique puisqu'elle a effectivement résolu ses problèmes de cycles. Elle lui a facilité sa vie de jeune femme, lui permettant de prévoir ses règles et non plus de les subir, ce qui a largement contribué à ce qu'elle vive mieux cet « *attribut si important de la féminité* » comme le nomme Cindy. Les quatre autres jeunes femmes ont pris un antiacnéique hormonal pour résoudre un « *problème de boutons* ». Nadia a eu recours à la contraception avant d'avoir des relations sexuelles en raison d'un traitement d'acné. Considérant qu'elle avait « *trop de boutons* », elle a pris rendez-vous avec un gynécologue puis un dermatologue, suivant les conseils d'amies et de son généraliste⁹. Les groupes de copines sont très importants dans la découverte des lieux de soins, les jeunes femmes s'échangent des informations et des avis sur les différentes méthodes contraceptives, sur les médecins « *sympas* », autant que sur les problèmes de peau. Les quatre jeunes femmes ayant utilisé la pilule Diane 35® contre l'acné ont appris sa double vocation par leur groupe de pairs. Nadia consulte fréquemment son médecin généraliste pour d'autres raisons de santé que ses problèmes de boutons, il est quelque'un d'important pour elle, et ce d'autant plus qu'elle ne peut pas aborder « *ce genre de problèmes [les boutons] avec [ses] parents* ». Ses parents considèrent que son inquiétude sur les boutons est « *une crise (...) un délire qui va passer* », il s'agit pour eux d'un souci esthétique d'adolescente. Toutefois, pour les médecins, « *cela valait le coup de faire un traitement* » (signe pour elle que c'était finalement important). Alors elle s'est vue prescrire la Diane 35®, pilule ayant d'abord une vocation antiacnéique avant d'être un contraceptif¹⁰. Nadia a donc pris la pilule pour la première fois à 17 ans, tandis qu'elle a eu son premier petit copain à 19 ans et son premier rapport à 22 ans. Comme pour les quatre autres jeunes femmes de ce groupe, la raison pour laquelle elle a pris la pilule était médicale et hormonale, et non contraceptive.

« J'ai pris ma pilule pour un traitement d'acné qui était... pilule qui était indispensable par rapport à ce traitement et j'ai continué à la prendre et voilà... » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

⁹ Le premier rendez-vous gynécologique de Nadia l'a peu impressionnée puisqu'elle ne venait pas pour des raisons liées à sa vie sexuelle. Elle s'y est rendue comme à une visite banale chez son généraliste.

¹⁰ Selon la notice d'utilisation, Diane 35® est utilisée pour traiter l'acné chez la femme. Il a également une action contraceptive. Diane® est délivrée seulement sur ordonnance. Diane® a un effet contraceptif. Cependant il ne doit pas être utilisé comme un contraceptif standard, mais seulement en cas d'acné.

L'excuse des boutons a permis à Nadia d'entrer en contact avec le corps médical avec l'accord de ses parents, qui ont su qu'elle prenait un traitement médical pour l'acné, sans vraiment le cautionner.

« Ils doivent pas le savoir que je prenais la pilule, parce qu'ils me voyaient avec plein de médicaments, ils avaient l'habitude que je prenne des comprimés... Donc un de plus, un de moins... » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Issue d'une famille où les discussions autour du corps, de la sexualité et de la contraception sont quasi inexistantes et difficilement possibles¹¹, Nadia a finalement eu un premier accès à la contraception sans difficulté. Lors de son premier rapport, la question de la contraception s'est peu posée dans la mesure où elle se savait déjà contraceptée. Son partenaire et elle ont cependant choisi d'utiliser un préservatif, pour « se protéger des maladies » et « faire les choses normalement ». Les « problèmes de peau » (Nadia) ou « problèmes de cycles » (Fatima) peuvent fonctionner comme couvertures des pratiques et faciliter la justification de l'utilisation d'une contraception. C'est un avantage pour des jeunes femmes souvent dépendantes (au moins) économiquement de leurs parents pour financer les rendez-vous, les contraceptifs et se faire rembourser par la sécurité sociale. Comme Nadia, Virginie a pris la pilule à 16 ans « pour les boutons », c'était donc avant son premier rapport sexuel (17 ans). La première année, elle ne s'est pas contrainte à prendre sa pilule à heure fixe et ne s'est pas alarmée des oublis (n'ayant pas vu de conséquences sur son acné). Lorsqu'elle a eu son premier rapport sexuel, le préservatif lui a paru nécessaire, autant pour sa fonction protectrice que contraceptive.

« En fait quand on l'a fait avec mon copain, je savais pas trop si j'avais bien pris ma pilule ce mois-là... ça faisait tellement longtemps que je la prenais pour rien, enfin que pour les boutons, que j'avais pris l'habitude de la prendre un peu n'importe comment, ça m'est arrivé plusieurs fois qu'il en reste sur la plaquette à la fin du mois. Du coup quand on l'a fait, j'ai un peu flippé... Alors il a mis un préservatif, comme ça y avait vraiment pas de risque. Et puis après, j'ai essayé de prendre ma pilule plus régulièrement parce que... Au moins je savais un peu mieux où j'en étais » (Virginie, 18 ans, lycéenne)

¹¹ Nadia est née, a grandi et a été scolarisée en France. Son mode de vie participe des deux cultures. Elle a obéi aux vœux de ses parents qui ne souhaitaient pas qu'elle quitte seule la maison familiale. Parallèlement, son enfance et son adolescence la rapprochent plus des filles françaises que des filles algériennes d'Algérie, ce que ne manquent pas de lui rappeler ses parents qui la surnomment « la Française ». L'effet de distance culturelle et sociale est sensible dans ses relations avec ses parents et surtout avec sa mère, « qui ne pourrait pas comprendre ». Nadia connaît en partie les conventions sociales et culturelles, les a vécues, mais ne se les approprie pas vraiment (contrairement à sa sœur cadette, mariée et ayant déjà des enfants).

À partir de son premier rapport sexuel, Virginie a tenté d'être plus « disciplinée » sur les horaires de prise de sa pilule, pour que cela « serve à quelque chose » (surtout en cas de rupture de préservatif). Cet exemple laisse apercevoir comment une jeune femme prenant une contraception avant son premier rapport sexuel peut utiliser la contraception d'urgence lors de son premier rapport.

L'excuse des boutons pour rendre nécessaire la pilule est une ruse connue chez les jeunes femmes. La Diane 35® a la réputation de répondre à ce problème et sa notoriété est grande dans les conversations entre pairs. Ayant appris le plus souvent son existence dans les discussions entre copines, plusieurs enquêtées ont raconté avoir utilisé « l'argument des boutons » pour justifier l'usage d'une contraception auprès de leurs parents, partant du principe que ceux-ci sont susceptibles d'avoir entendu parler de la relation pilule - acné, et que sinon ce lien avec l'acné leur paraîtra véridique du fait de l'ordonnance rédigée par un médecin. Certains médecins proposent même l'argument à leurs patientes les plus jeunes (ou à celles ayant raconté des conflits ouverts avec leurs parents) afin de leur prescrire la pilule.

« J'ai pris rendez vous avec mon médecin pour une visite de contrôle, et puis on a discuté et il m'a demandé si j'avais un petit copain et si je voulais prendre la pilule... Il m'a dit que si j'avais envie de la prendre, il pourrait me faire une ordonnance et j'avais qu'à dire à mes parents que c'était pour les boutons. Franchement ce docteur il était trop gentil ! J'avais même pas à chercher d'excuses ! Du coup j'ai dit "oui" mais je l'ai pas prise tout de suite parce que j'avais pas encore de rapports... et je pense que ça sert à rien de la prendre avant... » (Ashley, 19 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Si toutes les jeunes femmes n'ont pas de boutons, elles sont pourtant nombreuses à être d'accord pour user de l'excuse, si c'est pour « la bonne cause » ; autrement dit, si ça leur permet d'avoir accès plus facilement à la contraception sans avoir à justifier leurs relations intimes auprès de leurs parents. Parmi les jeunes femmes rencontrées qui ont pris la Diane 35® avant leur premier rapport, deux d'entre elles ne pouvaient pas parler de la contraception avec leurs parents ; les boutons leur ont donc donné l'occasion d'accéder plus aisément aux médecins et à la contraception. Avoir une raison médicale qui justifie le recours à la contraception orale est plus facilement acceptable par les parents que les rapports sexuels, même pour les plus réfractaires à la contraception (comme ceux de Nadia). Cette pilule offre aux jeunes femmes la possibilité d'accéder à la contraception orale hormonale sans grandes réticences parentales (et sans s'en cacher), donc plus librement.

1.2. **Première contraception lors du premier rapport**

La grande majorité des jeunes femmes interrogées a utilisé pour la première fois un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel ; les débuts de la biographie contraceptive et le premier rapport sexuel sont donc très souvent simultanés. Pour la première fois, la méthode la plus utilisée est le préservatif¹², viennent ensuite les « *bricolages* » contraceptifs et enfin la contraception orale hormonale (en vue de cette première fois). On peut se demander si les jeunes femmes interrogées n'ont pas mis l'accent sur la dimension contraceptive des méthodes au détriment de l'aspect protecteur au vu du sujet de l'enquête. En effet, dans les entretiens, elles ont davantage détaillé leur crainte de « tomber enceintes » que celle d'attraper le sida, même si cela peut également se comprendre à travers le processus de sélection des partenaires pour le premier rapport (chapitre 5).

L'utilisation du préservatif masculin

Les auteurs du Baromètre santé 2005 rappellent l'augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel entre 1987 et 1995, puis un maintien à un niveau élevé après cette date (autour de 80 %). Le pourcentage global d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est ainsi passé de 15,2 % lorsque le premier rapport a eu lieu avant 1988 à 86,0 % lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2002 et 2005. Cette évolution a concerné les deux sexes dans des proportions semblables (Lydié, Léon, 2005a). Plus récemment, les auteurs de l'enquête CSF montrent que « 89 % des femmes et 88 % des hommes âgés entre 18 et 24 ans ont utilisé un préservatif au premier rapport, alors que ce n'était le cas que de 9,9 % des femmes et 8,3 % des hommes de 60 à 69 ans » (Bajos, Bozon, Doré, 2007, p. 19).

Lors du premier rapport sexuel, les préservatifs sont « officiellement » utilisés pour leur double fonction : contraception et protection. Parmi les jeunes femmes rencontrées, la majorité a eu recours au préservatif lors de la première fois « *pour se protéger* » (des IST et surtout du sida) ou « *pour ne pas tomber enceintes* », voire pour « *les deux raisons* » ; les justifications d'utilisation de préservatifs variant selon la situation affective et le passé de leurs partenaires. Mais la fonction du préservatif (et de la contraception en général) ne s'arrête pas là, il est nécessaire de replacer le recours au

¹² Il s'agit ici exclusivement du préservatif masculin. Aucune jeune femme interrogée n'a raconté avoir utilisé pour son premier rapport un préservatif féminin.

préservatif dans la relation des partenaires : le préservatif ne peut être situé hors du contexte relationnel qui le rend possible et oriente l'évolution contraceptive, comme nous le verrons par la suite.

Lorsque le premier rapport s'inscrit dans une relation amoureuse, il a lieu après une phase de caresses et baisers préliminaires plus ou moins intimes (Lagrange 1998, 1999 ; Bozon 2002) ; les partenaires se préparent à deux et/ou individuellement au passage à l'acte, au rapport sexuel, parfois à la pose du préservatif. Il semblerait que lorsque la première fois a lieu après un « long » moment de préliminaires, les deux partenaires possèdent un préservatif, tandis que si le premier rapport survient plus rapidement dans une relation, c'est plus fréquemment le jeune homme qui aura un préservatif. Dans un grand nombre d'entretiens, les jeunes femmes racontent avoir eu des préservatifs sur elles, par précaution, « *au cas où* » comme elles disent, de manière à ce que ce ne soit pas une raison pour retarder le rapport si leur partenaire n'en avait pas, mais aussi pour être sûre d'en utiliser un. Cela permet également d'aborder leur première fois avec leurs amies et d'annoncer leur futur passage à l'acte.

« Alors moi, je savais qu'on allait le faire avec Bastien, je le sentais. Mais bon on n'avait pas choisi quand. Donc j'ai voulu aller acheter des préservatifs, sauf que je voulais pas le faire toute seule. Non, ça, c'était pas possible... aujourd'hui aussi j'arrive pas à me dire que je peux acheter ça toute seule... Toujours besoin d'une copine. Bref, en fait j'étais avec Valérie et je lui ai dit, viens faut que j'aille acheter un truc, on a été à Monoprix. En arrivant devant le rayon pharmacie je lui ai dit ce que je cherchais, qu'avec Bastien ça avançait bien et qu'on allait le faire bientôt et que j'en avais envie. Elle m'en a un peu voulu de pas lui avoir dit plus tôt... elle se serait préparée psychologiquement... Mais bon... Du coup on a regardé discrètement les modèles et on a pris une boîte... En sortant on a partagé car elle aussi ça allait lui arriver. » (Bénédicte, 18 ans, étudiante en DEUG de psychologie)

Parce que la relation est longue et que les jeunes femmes sont « amoureuses » de leurs partenaires, elles cherchent à « *faire les choses bien* » à « *avoir une première fois digne de ce nom avec toutes les précautions que ça implique* » explique Bénédicte. Le récit de Bénédicte pourrait laisser penser que les deux partenaires ont sorti leurs préservatifs le jour du premier rapport, or, parce que le préservatif est perçu comme une responsabilité masculine par les jeunes femmes, celui qu'elles ont apporté n'est souvent pas montré ni utilisé. Camille a laissé son partenaire gérer le préservatif et sa mise en œuvre, s'assurant seulement d'en avoir « *au cas où* » il n'en aurait pas.

« Ouais ! Bah c'était nous deux qui voulions [utiliser un préservatif], c'est moi qui l'ai dit mais c'est lui qui avait prévu... c'est lui qui avait une capote sur lui et c'est lui qui l'a mise... enfin j'en avais aussi mais comme il avait prévu je l'ai laissé faire (rires) ! » (Camille, 20 ans, animatrice)

Dans une relation amoureuse, la possession d'un préservatif par le partenaire est interprétée par les jeunes femmes comme une marque de reconnaissance de la relation existante et de l'attention qu'il leur porte. Il apparaît donc clairement que l'enjeu de l'utilisation du préservatif ne peut se décliner en termes uniquement médicaux. Le préservatif est, au-delà d'une méthode de protection ou de contraception, un « objet symbolique » (Maillochon, 1998) permettant de lire entre les lignes invisibles de la relation. Ainsi, l'exposition trop rapide (dès les premières caresses) de la possession d'un préservatif par le jeune homme peut freiner certaines jeunes femmes, elles le suspectent de vouloir uniquement « *tirer un coup* ».

« Avant que je sois avec Baptiste, je suis sortie avec un type. Le gars, on avait même pas commencé vraiment à s'embrasser qu'il a direct sorti une capote sur le lit. Non mais merde. Ok, j'avais pas une tête de sainte vierge, mais là c'était trop, le mec il veut te baiser et puis c'est tout. Excuse-moi d'être vulgaire mais y a pas d'autres mots. Lui il savait pas que j'avais rien fait encore (...). En fait, je suis partie une demi heure après être arrivée sous prétexte que je devais faire des courses pour ma mère. On n'avait rien fait. Ouf. Et je l'ai jamais revu après (rires). » (Bénédicte, 18 ans, étudiante en DEUG de psychologie)

Si le jeune homme s'arrête « *dans son élan* » lors de caresses « *plus poussées* » pour mettre un préservatif, il pourra être investi d'une partie des attributs du « *mec bien* » qui prend ses précautions pour se protéger (et protéger sa partenaire), même si la relation n'est pas forcément considérée comme durable.

Dans les récits de premiers rapports, ce sont toujours les jeunes hommes qui ont mis seuls le préservatif, car il s'agit de leur corps et d'une partie considérée par les jeunes femmes interrogées comme « *très intime* », trop étrangère à elles.

« Il en avait dans sa chambre et en plus il avait prévu le coup, il s'était entraîné dans sa chambre et tout... Moi nan j'en avais pas ! J'avais rien ! C'est à partir de là que j'ai commencé à en acheter mais c'est lui qui en avait la première fois... Attends c'est lui le gars ! » (Lydie, 21 ans, en DUT de communication)

Certaines justifient la délégation de la pose du préservatif en disant que « *ça aurait cassé le romantisme* », puisqu'elles n'auraient pas su comment faire ; les jeux sexuels autour de la pose du préservatif semblent être plus tardifs dans les histoires sexuelles. De plus, nombreuses sont les jeunes femmes interviewées à considérer le préservatif comme un devoir masculin, qu'il revient aux garçons d'en avoir sur eux et de savoir le mettre, comme pour chercher une certaine répartition des responsabilités : aux jeunes hommes la responsabilité du préservatif, aux jeunes femmes celle de la fécondité, chacun ayant à gérer son propre corps, l'argumentation des contraintes du corps féminin permettant d'asseoir ces affirmations.

« C'est déjà tellement contraignant d'être une femme, on a nos règles, faut qu'on prenne la pilule et tout... Je pense que c'est pas trop demander aux mecs de gérer le préservatif. » (Marina, 16 ans, 3^{ème} BEP)

L'utilisation très fréquente du préservatif au premier rapport souligne l'adéquation des pratiques des individus aux normes contraceptives et préventives véhiculées : depuis la fin des années 1980¹³, les diverses campagnes d'information ont eu pour but de sensibiliser les jeunes au « devoir » de préservatif dès les premiers rapports sexuels. Or, comme le souligne François de Singly, lorsque « les campagnes officielles recommandent notamment de se protéger au début des relations, elles présupposent que le début a un sens non équivoque pour les individus. Or, ce qui est en jeu dès le début de la relation, c'est le sens de celle-ci » (Singly, 1995).

« Bricoler » sa contraception

Lorsqu'on s'intéresse aux premières méthodes contraceptives, on ne peut faire abstraction des méthodes dites « traditionnelles » ou « à l'ancienne ». Ces « autres méthodes » font partie de ce que nous appellerons les « bricolages contraceptifs¹⁴ » dans la mesure où il s'agit de pratiques à vocation contraceptives, le plus souvent inspirées de méthodes traditionnelles ayant fait leurs « preuves » pendant un temps ; elles sont mises en pratique plus ou moins rigoureusement par les jeunes femmes. Dans la plupart des cas rencontrés, les enquêtées ont mélangé diverses méthodes contraceptives « à l'ancienne » dont elles avaient une connaissance plus ou moins précise, composant également avec les « moyens du bord ».

Compte tenu de la structure des jeunes couples et du choix du partenaire, nous avons vu que l'expérience passée du jeune homme est recherchée par de nombreuses jeunes femmes. On retrouve dans les utilisatrices de « bricolage » des jeunes femmes qui ont des partenaires plus âgés et souvent plus expérimentés. Ainsi ils sont plus convaincants

¹³ « Depuis la première campagne d'envergure nationale centrée sur le slogan « Le sida ne passera pas par moi » [années 1980], les campagnes d'information et de prévention menées par les pouvoirs publics ont été orientées selon deux axes : d'une part, promouvoir le préservatif comme produit banal, objet de publicité classique, qui est devenue de plus en plus précise et de plus en plus insistante ; d'autre part, éviter les réactions de ségrégation, faire appel à la solidarité avec les malades, en présentant à la télévision des témoignages de malades ou de leurs proches à des moments de grande écoute mais hors des tranches de publicité. S'ajoutent évidemment à ces campagnes les nombreux messages sur le sida dans la presse écrite, radiophonique et télévisuelle » rappellent Geneviève Paicheler et Alain Quemin (1994, p. 49).

¹⁴ Ces « bricolages » sont considérés ici comme « contraceptifs » en raison de l'objectif visé par les jeunes ; il n'y a donc pas de lien avec l'efficacité « réelle » de ces méthodes. Parce que ces pratiques sont considérées comme contraceptives par les jeunes femmes, nous les considérons comme telles dans ce qui suit.

car considérés comme meilleurs connaisseurs des « *méthodes qui marchent* ». Forts de leurs expériences passées, les jeunes hommes expérimentés ont une influence indéniable sur les choix contraceptifs.

Le mythe de la stérilité du premier rapport est encore vivace. Il revient à considérer que le premier rapport, par sa spécificité et son caractère initiatique, permettrait une protection maximale du risque de grossesse. Ainsi, « *tant qu'une fille n'a pas perdu sa virginité, elle ne peut pas tomber enceinte... Elle ne peut rien avoir* », comme si la virginité était une protection contre la grossesse (ce qu'a longtemps cru Marina). Ceci amène à s'interroger sur la récurrence de l'idée que la virginité serait une protection naturelle contre la grossesse ou les infections sexuellement transmissibles. En effet, les recherches menées sur le sida montrent que dans les croyances autour de la maladie, on trouve l'idée qu'avoir un rapport sexuel avec une personne vierge protégerait du sida (voire permettrait de le guérir). Les individus mettent donc en place des protections imaginaires pour rendre compte de leurs pratiques. Notons toutefois que ce n'est pas toujours la virginité qui est au cœur des protections imaginaires, puisque par exemple des personnes appuient leur logique préventive sur le choix subjectif de leurs partenaires sexuels (d'après leur apparence, leur style de vie, leur appartenance sociale, leur génération, leurs préférences sexuelles ou leur origine géographique) (CRIPS, 1998).

Le retrait (du partenaire pendant le rapport sexuel, avant éjaculation) est la méthode « traditionnelle » la plus fréquente et la plus efficace, selon plusieurs jeunes femmes que nous avons interrogées. Si presque toutes les jeunes femmes de l'enquête y ont eu recours au moins une fois depuis le début de leur biographie sexuelle, elles sont peu nombreuses à avoir entamé leur biographie contraceptive avec (six ont pratiqué le retrait lors de leur premier rapport)¹⁵. Cette méthode a été proposée par le partenaire qui ne disposait pas de préservatif, expliquant que le préservatif « *enlève des sensations* ». Certaines jeunes femmes ont eu peur de « *tout casser* » en refusant le rapport, d'autres ont été convaincues.

¹⁵ Cette méthode serait évoquée lors de la première fois par 5% des jeunes, selon l'enquête ACSJ menée par Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond (1997).

« La première fois, eh bien on n'avait rien. Enfin il n'avait rien. Parce que moi dans ma tête c'était les garçons qui géraient les préservatifs. Et moi j'avais pas la pilule. Donc c'était à lui. Mais il m'a expliqué au dernier moment qu'il n'avait rien... mais qu'il y avait rien à craindre, qu'il était réglo et qu'il n'avait jamais eu de problèmes. Il m'a dit que ses anciennes copines avaient toujours été carrées et tout... Et puis c'était un mec clean, ça se voyait... Donc il m'a dit qu'il allait se retirer. Moi ça m'allait très bien. En fait j'avais plus peur d'avoir mal qu'autre chose donc je me concentrais en me disant : détend-toi Noura, détend-toi » (Noura, 22 ans, réceptionniste)

Dans cette pratique, toute la responsabilité contraceptive revient à l'homme, qui doit « sentir quand ça vient et se retirer avant qu'il ne soit trop tard » comme l'expliquent plusieurs jeunes femmes ; elles sont alors dépendantes de la maîtrise de leur partenaire à bien vouloir se retirer (Sohn, 1996a). En raison de sa simplicité (aucun coût, aucun support), cette méthode est utilisée pour les rapports imprévus, lorsque aucun contraceptif n'est disponible, ou quand le partenaire les refuse. L'injonction à avoir un « bon » premier rapport, à ne pas avoir mal, souvent relayée par les mères qui « espèrent que ça s'est bien passé » ou qui « demandent si [elle] n'a pas eu mal » est, dans le cas de Noura, une explication au fait qu'elle ne se soit souciée de rien d'autre ; le désir d'avoir « enfin » sa première fois en est une autre.

Les autres « bricolages contraceptifs » relèvent principalement des bruits qui circulent dans les conversations entre pairs. Bien que plus rares, ils ne doivent pas pour autant être occultés. Arrivée à 18 ans en France pour faire des études supérieures, Farida a grandi au Maroc avec ses parents et ses frères et sœurs. Son père est pharmacien, sa mère ne travaille pas. Elle a suivi sa scolarité au lycée français de Casablanca. Dans sa famille, les discussions sur la sexualité n'ont quasiment pas existé (les règles ont été abordées une fois et l'importance de la virginité a pris beaucoup de place), le principal sujet de débat portant sur les tenues vestimentaires, ses parents critiquant l'attitude provocatrice des jeunes filles en mini jupes. Au lycée français, elle ne se souvient d'aucun cours d'éducation à la sexualité. À 15 ans, Farida rencontre Jo (17 ans), avec qui elle a une relation « sérieuse », elle est amoureuse et lui aussi d'après elle. Ils se voient souvent mais ne peuvent pas avoir de relations intimes autant qu'ils le voudraient (leur relation est officieuse : leurs parents ne sont pas au courant), ils attendront six mois avant d'avoir leur premier rapport.

« J'étais très amoureuse... Je voulais tout lui donner... et je savais que dans tout, ce qui lui ferait le plus plaisir c'était de le faire avec moi. Et comme les câlins qu'on se faisait voulaient dire ce qu'ils voulaient dire... J'ai compris qu'il en avait envie ! Alors on a prévu un jour où ses parents seraient pas là. Et on l'a fait. Comme ça (...). J'ai pas trop trop aimé, mais j'ai aimé parce qu'il aimait. » (Farida, 21 ans, étudiante en école de commerce)

Le premier rapport a été programmé car pour devenir possible, il fallait impérativement trouver un moment où ils seraient seuls, chez lui. Farida avait une connaissance floue des moyens de contraception et leur accès lui paraissait d'autant plus compliqué que son père tenait la grande pharmacie du quartier et connaissait tous les médecins.

« J'avais déjà entendu des trucs surtout sur comment euh... comment bah tu vois quoi... sur... (elle chuchote)... Comment avorter discrètement tu vois ?... Mais sur la contraception j'avoue j'ai pas trop entendu, non. Et puis je me voyais pas trop dire à mon père "ouais papa, tu sais je vais faire l'amour, tu me conseilles quoi ?" nan ça c'est pas possible chez nous ! Même quand t'es mariée c'est pas possible ! Tu demandes pas ça ! Surtout pas à ton père... peut-être à ta sœur ou à tes copines... mais bon c'est pas à tes parents... surtout pas, sinon t'es sûre d'être interdite de sorties jusqu'à nouvel ordre ! (rires) » (Farida, 21 ans, étudiante en école de commerce)

Selon le partenaire de Farida, faire l'amour debout aurait des vertus contraceptives puisque cette position permettrait aux spermatozoïdes de ne pas « monter » féconder l'ovule ; il lui a dit « être sûr » de cette méthode. La preuve de son efficacité étant qu'il l'avait déjà testée auparavant avec d'autres partenaires et que certaines de ses connaissances la pratiquaient sans avoir « aucun problème ». L'âge et l'expérience du partenaire ont joué dans la persuasion de l'efficacité du bricolage contraceptif (faire l'amour debout) dans la mesure où puisqu'il l'avait déjà fait avant, il amenait la preuve de l'efficacité de la méthode et du bon déroulement du rapport sexuel ; les sentiments que Farida éprouvait pour Jo allaient également dans le sens d'une plus grande confiance. D'autres jeunes femmes ont pratiqués des méthodes de ce type : la première fois Amélie et son copain n'avaient rien. Ils ne pouvaient pas aller acheter des préservatifs, c'était fermé, et l'occasion d'avoir un rapport sexuel qui se présentait à eux était rare. Ils l'ont fait sans rien, précise-t-elle. Mais après, Amélie a fait des exercices physiques (abdominaux) pour empêcher que les spermatozoïdes « remontent », pour les « expulser ».

« En fait j'avais entendu que le risque était que les spermatozoïdes atteignent l'intérieur... Et qu'il fallait pas leur laisser le temps de faire leurs affaires. Des copines faisaient des abdos après les rapports pour perturber les spermes... parce que bon vu que tu contractes bah eux, ils peuvent pas monter, ça les expulse tu comprends ? » (Amélie, 16 ans, 3^{ème} BEP)

Dans la même idée, juste après son premier rapport, Claire s'est rapidement mise debout et a sauté à pieds joints, ce sont ses copines qui lui ont dit que cela « faisait descendre le liquide ». Si elle en rigole aujourd'hui, elle se demande quand même comment elle a pu croire ce genre de choses « mais y avait tellement rien comme solution que j'étais prête à croire n'importe quoi » dit-elle. D'autres ont évoqué des

douches vaginales avec la fonction « *massage* » de la douche (jet à forte pression) pour se « *nettoyer à l'intérieur* »¹⁶.

Ces « *bricolages* » contraceptifs sont souvent proposés par les partenaires hommes, bien que ce soit les jeunes femmes qui en subissent les conséquences s'ils ne fonctionnent pas. Cette gestion de la contraception autour du premier rapport « *arrange* » les jeunes hommes réticents au préservatif, qui délèguent la responsabilité procréative aux jeunes femmes. Ceci fait émerger l'influence du partenaire masculin sur la gestion de la contraception et repose à nouveau la question du sens du préservatif comme « *méthode envoyant un message* » qui insiste soit sur l'incertitude de la relation, soit sur les doutes envers le partenaire (Singly, 1995). En ce qui concerne les jeunes femmes de notre corpus, celles qui ont pratiqué le retrait ou « *bricolé* » leur première contraception sont issues de tous les milieux sociaux, leur accès à l'information sur la sexualité et la contraception s'est fait essentiellement par les pairs plutôt que par la famille ou l'école. Elles ont comme point commun d'avoir fait des études relativement courtes par rapport aux autres (lycée, orientation en filière professionnelle ou technologique). Ces méthodes qui peuvent paraître « *bizarres* » circulent (comme le laisse entendre Farida avec le recul). Elles deviennent crédibles parce qu'elles sont proposées par des personnes de confiance et qu'elles ont, soi-disant, fait leurs preuves. Les jeunes femmes acceptent la méthode proposée en « *totale confiance* » envers leur partenaire souvent plus âgé, ou pour ne pas « *tout gâcher* » du romantisme de la première fois en imposant une confrontation verbale sur la contraception, parfois aussi parce qu'elles ne se sentent pas capables de s'imposer face à l'autre, estimant ne pas avoir d'arguments suffisants à faire valoir. « Les jeunes filles qui ont peu d'informations sur la contraception et qui ne savent pas où elles peuvent les obtenir seront d'autant plus réceptives aux messages qui circulent dans le groupe de pairs. » (Durand, 2002, p. 257)

La pilule pour le premier rapport

Une partie des jeunes femmes rencontrées ont utilisé la pilule en vue de ce premier rapport. Tout comme celles qui ont eu recours à la pilule pour des raisons d'acné, elles ont pris les comprimés avant leur premier rapport sexuel, mais leur recours à la contraception orale se justifiait par l'anticipation du rapport et non par une raison médicale. À chaque fois, il s'agit de jeunes femmes impliquées dans des relations

¹⁶ Aucune jeune femme n'a fait référence aux douches vaginales avec des détergents, du vinaigre ou du Coca-Cola (Ellertson, 1996), même si certaines disent en avoir entendu parler.

affectives qu'elles considèrent comme longues¹⁷ et durables, elles se disent « *amoureuses* » de leurs partenaires. Désirant un rapport sexuel et sentant que le moment du premier rapport se rapproche, elles devançant la nécessité contraceptive en se faisant prescrire la pilule. Le premier rapport a alors lieu dans les deux premières plaquettes, comme si l'utilisation de la pilule avait un effet déclencheur du premier rapport : la jeune femme est « *contraceptée* », le risque de grossesse est mis à distance (le risque d'IST est minimisé puisqu'elles disent bien connaître leurs partenaires). La rapidité entre la prise de pilule et le premier rapport a surpris certaines jeunes femmes, qui néanmoins ne regrettent rien. D'autres avaient strictement planifié leur première fois, laissant peu de place au hasard et à l'improvisation.

« Je savais qu'on allait se voir le mois d'après... vu qu'on allait passer beaucoup de temps ensemble car c'était les vacances... et je le sentais en plus... Vu là où on en était déjà... Je savais qu'on allait bientôt le faire ! En plus, je savais qu'il en avait envie et moi aussi... ben je me suis dit autant prendre la pilule maintenant, comme ça on sera tranquilles ! Et puis comme prévu on l'a fait pendant les vacances. Du coup c'était cool, ça s'est super bien passé... j'étais pas du tout stressée pour ça [la grossesse] vu que je la prenais déjà ! [la pilule] (...). En plus on a mis un préservatif, parce que lui c'était pas sa première fois... mais c'était plus pour le principe de faire ça bien, parce que j'avais vraiment confiance en lui. » (Nadège, 23 ans, étudiante en licence d'ethnologie)

« *Passer plus de temps avec son copain pendant les vacances* », c'est donner l'occasion d'échanger plus, et de rendre plus fréquentes les caresses, ce qui accélère le rapprochement des corps. Nadège désirait avoir son premier rapport sexuel, elle l'a anticipé de quelques semaines en prenant la pilule, s'assurant ainsi que rien ne pouvait lui arriver d'un point de vue procréatif. Le premier moment où elle s'est retrouvée seule avec son amoureux a été le bon (ils ont fait l'amour dès la première occasion). Tout se passe donc comme si le fait d'anticiper le rapport sexuel en prenant la pilule pouvait avoir un effet apaisant (rassurant) et désinhibiteur, contribuant à faciliter le déroulement du premier rapport. En supplément de la pilule, certains couples décident d'utiliser un préservatif. Le choix se fait surtout d'après la biographie sexuelle « officielle » du petit ami, dans un souci de mise à distance du risque d'infections sexuellement transmissibles ; ou comme dans le cas de Nadège, pour « *faire ça bien* » la première fois, mettant ainsi toutes les chances de son côté pour que « *ça* » soit réussi, pour ne rien avoir à regretter. La norme de la contraception en France et la référence constante à la modernité font que l'on considère aujourd'hui tous les comportements, y compris dans

¹⁷ Comme le souligne Sharman Levinson, la notion de relation durable est relative compte tenu de la spécificité de la génération mais aussi de chaque sexe (Levinson, 1997 ; 2003).

le rapport au corps et dans le domaine de l'intime, comme relevant de choix rationnels. Pourtant, comme nous l'avons vu et continuerons à le voir dans ce travail, la réalité est toute autre.

1.3. **Quand la contraception vient après le premier rapport**

Nous avons vu que l'utilisation d'une méthode contraceptive peut avoir lieu avant le premier rapport (acné) ou pendant (utilisation d'un préservatif, prise de pilule anticipée). Reste à voir à présent le cas des premiers rapports sans contraceptif. Onze jeunes femmes ont en commun d'avoir une biographie sexuelle qui précède leur biographie contraceptive. Autrement dit, leur entrée dans la vie sexuelle active n'a pas été synchronisée avec leur entrée dans la vie contraceptive. Toutes ont eu leur premier rapport avant leurs 18 ans. Ces jeunes femmes ont eu un premier rapport « *sans rien* » comme elles disent, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas utilisé de moyen pour ne pas avoir d'enfants ni pour se protéger d'une IST. La majorité d'entre elles étaient dans des « *histoires longues* » (même si la durée objective varie d'une enquêtée à l'autre¹⁸) contrairement aux autres qui estiment que « *ça faisait pas très longtemps qu'[on] était ensemble* » (une à trois semaines). Toutes disent « *avoir été amoureuses* » ou « *avoir aimé* » leur partenaire. Tout se passe donc comme si la connaissance, le sentiment d'appartenance et d'intégration à un groupe engendrait une sorte de barrière immunitaire remplaçant les précautions offertes par un préservatif.

Lilia vit à Paris avec son père, sa mère est décédée quand elle avait 15 ans, « *quand [sa] sexualité commençait à être bien* ». À 14 ans, elle commence une relation avec Julien, dont elle dit avoir été « *très très amoureuse* ». Après un peu plus de deux mois au cours desquels ils se voyaient tous les jours, Lilia a son premier rapport sexuel. Leur relation amoureuse a duré sept mois, ils ont ensuite « *mis un an pour se quitter vraiment* ». Elle dit à plusieurs reprises qu'elle a eu son premier rapport « *vachement tôt* » (14 ans) par rapport à ses deux références du moment : ses copines et son magazine favori de l'époque, *Bravo Girls*. Dans le même temps, elle explique que ça faisait « *longtemps* » qu'ils étaient ensemble avant d'avoir ce rapport sexuel. Son petit copain, Julien, était plus âgé (16 ans) et surtout plus expérimenté qu'elle : officiellement il avait à son « *palmarès* » plusieurs partenaires sexuelles ; populaire dans leur collège, tout lui

¹⁸ Comme le rappelle Pascal Duret (1999), la vie de couple semble lancée si elle tient un trimestre, puis si elle survit à l'épreuve de la séparation estivale (p. 107).

permettait de prétendre « *savoir comment faire* » et d'imposer son expérience lors du premier rapport avec Lilia.

« Moi j'ai eu des relations vachement tôt ! C'était tout début 3è et j'avais exactement 14 ans et 2 mois... (...) La première fois que j'ai eu un rapport, c'est mon copain qui a eu besoin de me le dire, que ça y est c'était ça, que c'était ça le truc fameux en question... C'est comme si je l'avais pas réalisé finalement (...). J'étais vachement impressionnée par lui et très amoureuse et je pense que lui aussi... Et donc on en avait parlé [de la contraception] parce qu'il était question qu'il aille acheter un préservatif, et en fait bah bizarrement il a dit « Nan nan, je descends pas, fais chier ». Je sais plus ce qu'il a dit enfin il a prétexté un truc et puis il est pas descendu acheter la capote et puis finalement ça s'est fait comme ça dans le salon. Je me sentais pas du tout à l'aise parce que c'était dans son salon et que j'avais peur que quelqu'un rentre etc... j'ai pas eu mal, j'ai rien senti, ça a duré une minute et après il m'a dit bah voilà. » (Lilia, 20 ans, étudiante en DEUG de lettres)

Lilia s'est laissée faire. Elle avait une confiance totale (qu'elle dit « *aveugle* » aujourd'hui) en Julien : puisqu'il l'avait déjà fait, il savait forcément mieux, elle n'avait donc rien à craindre, rien à dire. Lilia a eu son premier rapport « *sans rien* » (sans contraception ni protection), alors qu'elle avait connaissance des principales infections sexuellement transmissibles et de la possibilité de « *tomber enceinte* » grâce à la lecture assidue de *Bravo Girls*. Son premier rapport s'est déroulé différemment de ce qu'elle avait prévu, de ce qu'ils avaient convenu : son partenaire devait acheter des préservatifs, il ne l'a pas fait et Lilia n'ayant rien prévu comme alternative, ils n'ont rien utilisé.

« Moi au départ j'étais convaincue, fallait faire ça dans les normes, comme il faut etc... et lui il m'a dit que c'était pas grave, parce que c'était vraiment ça, il m'a dit que c'était pas grave ! C'était aussi con que ça quoi ! Et je me suis pas posé de question plus loin, je savais pas comment ça marchait ! » (Lilia, 20 ans, étudiante en DEUG de lettres)

Ce n'est pas par ignorance que Lilia n'a utilisé aucune méthode de contraception/protection, puisque son partenaire et elle avaient négocié au préalable l'utilisation d'un préservatif. L'influence que son partenaire exerçait sur elle explique la non contraception/protection du premier rapport et des suivants. Par son expérience, son partenaire pouvait prouver qu'en ne se protégeant pas il ne lui était rien arrivé (aucune maladie) et qu'aucune de ses partenaires n'était tombée enceinte. L'expérience de Julien a pesé davantage que les connaissances de Lilia dans le déroulement de leur premier rapport sexuel. Elle savait que le sida existait et qu'elle était susceptible de tomber enceinte, mais ses connaissances théoriques face aux connaissances pratiques de son amoureux n'ont pas suffi. Lilia n'est pas allée chercher de préservatif malgré le refus de Julien d'y aller lui-même, elle raconte qu'il ne lui était pas possible d'acheter des préservatifs : à 14 ans, elle ne se sentait pas légitime pour entrer dans une pharmacie et

demander des préservatifs, et elle ignorait qu'on pouvait se fournir en supermarché. Le contexte du premier rapport a joué dans le choix contraceptif : c'était un après-midi, ils étaient dans le salon, chez lui. Lilia était très préoccupée par le fait que quelqu'un puisse entrer et les surprendre. Le risque d'une intrusion extérieure a contribué à la fugacité du rapport et, plus attentive aux bruits qu'à ce qu'elle était en train de vivre, Lilia n'a pas eu de sensations. Ce n'est que petit à petit, après plusieurs rapports, qu'elle a éprouvé du plaisir. En racontant rétrospectivement son premier rapport, elle dit avoir été « *inconsciente* » de n'avoir rien utilisé, inquiète surtout des infections sexuellement transmissibles auxquelles elle s'est exposée en raison de son doute sur la fidélité de Julien et de son « *palmarès* » de conquêtes amoureuses avant et après elle.

« J'étais complètement inconsciente parce qu'il avait déjà eu des histoires et tout, et vu comment il se comportait avec moi et tout à mon avis il a pas dû mettre des capotes tout le temps et puis voilà, au niveau des maladies ça craignait quoi, et puis nan y avait aussi la technique je me retire avant de jouir donc « bah nan c'est bon y a pas de problème... » alors que non ! Et ça j'ai commencé à le comprendre avec le planning, c'est eux qui m'ont expliqué que c'était pas parce que le mec se retirait qu'il n'y avait pas de risque quoi ! Et moi je l'ai cru parce que je voulais bien le croire ! » (Lilia, 20 ans, étudiante en DEUG de lettres)

Lilia insiste sur l'idée que Julien ne doit pas être considéré comme unique responsable, car même s'il l'a influencée, il ne l'a pas forcée et ne lui a pas fait du « *bouillage de crâne* » ; « *je l'ai cru parce que je voulais bien le croire* » dit-elle. Lorsqu'on lui demande si elle a déjà été confrontée à une grossesse, elle répond en rigolant « *Non, mais j'ai eu un cul monstrueux !* ». L'entrée dans sa biographie sexuelle s'est faite sans contraception, sa biographie contraceptive a débuté après plusieurs rapports « *sans rien* », par la méthode « naturelle » du retrait¹⁹. Après leur rupture, Julien et elle ont continué à avoir des rapports sexuels de manière très épisodique²⁰. Fréquentant pour la première fois le planning à 15 ans, surtout « *pour voir comment c'était* », Lilia eu le sentiment que quelque chose était « *bizarre* » avec Julien, surtout dans ce qu'il lui racontait du retrait : cela ne coïncidait pas avec les récits de ses copines, ni de ceux des animatrices du planning.

¹⁹ Compte tenu des éléments dont nous disposons, il semble que Lilia et Julien aient pratiqué le retrait pendant six mois.

²⁰ Rappel : les sept premiers mois de leur relation, Lilia et Julien étaient amoureux. Ils se voyaient tous les jours, avaient des activités communes et passaient du temps ensemble, pas seulement pour avoir des rapports sexuels. Au bout de sept mois, Julien tente de mettre un terme à leur relation, ce qui ne s'avère pas aussi simple que prévu. Leur relation ne devient plus que sexuelle et ils se retrouvent épisodiquement pour coucher ensemble. Lilia comme Julien a eu des partenaires plus « fixes » pendant cette période. Au bout d'un an, Lilia a trouvé un nouveau petit copain, ce qui a permis de concrétiser la rupture.

« J'ai senti qu'il y avait quelque chose de pas normal qui se passait (...) je sentais quand même qu'il y avait peut-être des risques de tomber enceinte, des risques de maladie. » (Lilia, 20 ans, étudiante en DEUG de lettres)

L'exemple de Lilia permet de s'interroger sur l'idée que l'exposition à un risque de grossesse non prévue et/ou à une IST au cours du premier rapport sexuel pourrait s'expliquer par le niveau de connaissances sur le sujet estimé par les jeunes. En effet, Lilia n'a pas grandi dans une famille où la sexualité était taboue, elle a bénéficié d'un accès, au moins partiel, aux informations concernant la contraception et la protection au travers des discussions entre copines et par le magazine *Bravo Girls*. La crédibilité que Lilia accorde à ce magazine est relative, toutefois, selon elle, « rien ne vaut une explication par quelqu'un en vrai, à qui l'on peut poser des questions ». N'ayant pas eu une confirmation médicale assez satisfaisante pour être crédible, les informations n'ont pas été considérées comme totalement fiables. D'où le fait que Lilia estime ne « rien » connaître sur le sujet. Cette méconnaissance l'a incitée à se laisser guider par celui qui prétendait « savoir » comment se déroulaient les choses. Ceci revient dans plusieurs entretiens : la jeune femme, convaincue de ne pouvoir fournir de préservatif, laisse l'entière responsabilité d'utiliser ou non un moyen contraceptif/protecteur à son partenaire qui se retrouve seul à décider, et qui détient en quelque sorte les « pleins pouvoirs » contraceptifs. La contradiction entre ce que Lilia pensait avoir compris (ce qu'elle pensait savoir) et ce que Julien affirmait (ce qu'il disait savoir) a encouragé la jeune femme à se rendre au planning familial pour avoir un troisième avis ; elle a débuté un suivi médical et gynécologique qu'elle n'a pas interrompu depuis.

Pour les jeunes femmes qui n'étaient pas « avec lui depuis longtemps » au moment de la première fois, le moindre recours au préservatif peut rendre compte de différentes formes de sélection du lien, qui n'exclut pas le contrôle préalable des relations entourant le partenaire, comme le faisait remarquer Florence Maillochon (1998). Mais il semble surtout que sous la pression du comment, les modalités de l'acte comptent moins pour les jeunes femmes que la décision de le faire. On retrouve ici plusieurs jeunes femmes qui désiraient se séparer de leur virginité. Parmi les jeunes femmes qui ont eu leur première fois « sans rien », aucune n'a utilisé la contraception d'urgence ; celles qui « n'ont rien fait » ne pensaient pas qu'un rapport sexuel « arrivait si vite », mais elles en avaient envie. Elles ne disposaient pas de préservatif, soit parce que leurs partenaires prétendaient « gérer » la situation (retrait), soit parce qu'elles se sont laissées persuader de la stérilité du premier rapport. Pour elles, il fallait surtout que « cela se fasse », plutôt

que de retarder le moment. Lorsqu'elles en ont parlé à leurs copines, elles ont pris conscience de leur exposition aux risques (IST, grossesse) mais elles n'ont pas eu le temps d'utiliser la contraception d'urgence (sous-estimation des délais d'efficacité par exemple, en pensant que ça ne pouvait fonctionner que 24h)²¹. L'auto évaluation des connaissances en matière de contraception/protection explique en partie les premiers rapports non protégés : le manque de confiance en certaines informations reçues aide à comprendre comment certaines jeunes femmes se soumettent aux connaissances et aux désirs de leurs partenaires, se convainquant de l'efficacité et de la pertinence des savoirs théoriques et pratiques de ces derniers.

Aucune jeune femme n'a été enceinte suite à son premier rapport, ce qui amène certaines à dire que « *ce n'était pas, finalement, un si mauvais calcul puisqu'il ne s'est rien passé* » de dommageable. Il semblerait que pour ces jeunes femmes, la préservation de leur santé soit devenue secondaire face à la nécessité d'affirmer leur féminité à travers leur entrée dans la vie sexuelle active (nous reviendrons ultérieurement sur ce point). Malgré cela, il est important de noter que le premier rapport sexuel non protégé et non contracepté ne semble pas prédisposer les jeunes femmes à continuer à avoir des rapports sexuels « *sans rien* », considérés comme « *à risque* » par certaines, puisque par la suite, elles ont toutes utilisé un préservatif au moins une fois. Notre enquête ne montre pas non plus de lien de causalité entre un premier rapport non contracepté/protégé et un recours répété à la contraception d'urgence.

La revendication d'une contraception va de paire avec la quête de reconnaissance d'une vie sexuelle active et la valorisation d'un monde à soi dont seules les jeunes femmes sont responsables. C'est en cela que l'on peut comprendre comment l'entrée dans la vie sexuelle adulte et les débuts de la contraception participent à la construction identitaire. Les enjeux identitaires dans les débuts de la biographie sexuelle et contraceptive sont sensibles puisqu'il s'agit pour les individus de réussir à gérer le fait d'être à la fois « *filles de* », « *partenaire de* » et membre du groupe de pairs en faisant partie de « *celles qui l'ont fait* ». Les résistances à dire les pratiques correspondent autant à une demande de protection de soi (de son monde, de son « *jardin privé* ») qu'à un manque de compétence supposé de l'autre pour comprendre les situations, ou encore, par désintérêt présumé pour l'activité considérée (Singly, 1995). Les expériences sentimentales et

²¹ La prise de décision du recours à la contraception d'urgence étant contrainte dans un espace-temps très limité.

sexuelles des premiers temps de la biographie sexuelle jouent sur la construction des relations amoureuses suivantes et ne sont pas non plus sans conséquences sur le processus d'entrée dans la vie adulte (Le Gall, 1999). Par ailleurs, même si la demande et l'utilisation de la contraception sont conditionnées par la relation avec le partenaire, elles demeurent une « affaire de femmes » (surtout pour les plus jeunes et pour celles ayant commencé récemment leur biographie sexuelle et contraceptive). Aussi, comme le soulignait Geneviève Cresson (2004), on retrouve dans les pratiques contraceptives des jeunes femmes une tension entre les projets et la réalisation, tant lors du premier rapport que lors des suivants ; ce qui souligne à quel point on ne peut réduire l'entrée dans la sexualité adulte au premier rapport sexuel (Lagrange, 1998). Les études s'attachant à décrire et à comprendre les échecs contraceptifs dans les pays riches ont mis en avant l'idée que le maintien d'une couverture contraceptive parfaite pendant l'ensemble des années au cours desquelles une femme ne désire pas d'enfant est un but difficile à atteindre (ce qui explique en partie le nombre élevé de grossesses non prévues), aucune méthode réversible n'assurant une protection totale (Ross, 1989 ; Jones, Forrest, 1992). À ce titre, John Ross souligne que la probabilité de fécondation accidentelle est élevée, même pour un couple qui utilise correctement et sans interruption une méthode de contraception moderne, et ce d'autant plus qu'il est jeune (Ross, 1989, p. 275).

2. ANNONCER SA CONTRACEPTION, RENDRE POSSIBLE UN REGARD SUR SOI

Le premier baiser et le premier rapport ne se racontent pas de la même façon, ni aux mêmes personnes. Si le premier « *bisou* » est le signe de l'entrée dans la biographie sexuelle au sens large, le premier rapport est quant à lui le symbole de l'entrée dans la sexualité adulte. La première contraception a quant à elle un rôle spécifique d'affirmation d'une vie sexuelle active, puisque dans les représentations communes, l'utilisation de la contraception se justifie par l'existence d'une activité sexuelle plus ou moins régulière²², c'est-à-dire, le plus souvent, par la pratique d'une sexualité hétérosexuelle impliquant la pénétration vaginale. Plus qu'un désir de planification des

²² C'est à ce titre que certains spécialistes (médecins, sociologues) soulignent que la pilule n'est pas nécessairement la méthode la plus appropriée pour celles qui ont des rapports irréguliers, surtout les plus jeunes qui ont souvent de longues périodes sans partenaires.

naissances, la première contraception permet surtout aux individus de dissocier le premier rapport du premier enfant (la maternité étant envisagée par presque toutes les enquêtées, comme nous l'avons déjà signalé). Ainsi, si la contraception féminine offre aux femmes la possibilité de maîtriser leur corps (d'un point de vue reproductif), elle ne remet pas en cause pour autant la question de la finalité de la sexualité féminine vue comme une conduite potentiellement procréatrice (Bretin, 1990). Comprendre comment le contexte affectif est lié à la biographie contraceptive nécessite d'accorder une place particulière au partenaire et de comprendre son rôle dans la gestion de la contraception. Sans mettre les parents, les médecins ou les pairs à l'écart, nous accorderons à présent une large importance aux partenaires de la relation sexuelle (et/ou amoureuse) pour comprendre comment la contraception peut devenir un enjeu de « conjugalisation » de la relation ou au contraire une revendication d'autonomie de la part d'un des partenaires.

Le moment de la première contraception et les raisons avancées par le corps médical et/ou par les individus pour justifier le recours à celle-ci sont des éléments à prendre en considération pour comprendre les biographies contraceptives des jeunes femmes que nous avons rencontrées. Les premiers contacts avec la contraception sont « *marquants* » à en croire les jeunes femmes interrogées ; ainsi, par exemple, parmi celles qui ont eu des « *ratés contraceptifs* » dès le départ, beaucoup ont fait un « *trait définitif* » sur la méthode utilisée alors.

« Moi au début j'étais partante pour utiliser les méthodes comme tout le monde... le préservatif et tout... Mais tu vois j'ai essayé de faire bien les choses, préservatif. Et hop il craque. Qu'est-ce que j'y peux moi... du coup on a eu peur et tout... et bref (...). Les trois premières fois en fait, on a utilisé des préservatifs, et à chaque fois il y a eu un problème. Alors moi j'ai dit « ok c'est fini le préservatif, on attend que je prenne la pilule mais là c'est plus possible » et du coup j'ai été chercher la pilule chez le médecin. Mais franchement, pour rien au monde je recommencerais à utiliser le préservatif. C'est pas agréable et en plus c'est pas fiable. (...) Ça m'a gâché mes premiers rapports hein ! Parce que j'ai eu peur... j'ai pas pu être contente comme toute le monde. Non ! » (Roseline, 20 ans, étudiante en DEUG de psychologie)

Le choix de la méthode et son utilisation sont importants pour comprendre la suite des pratiques contraceptives. Selon que la méthode ait été conseillée par la mère, le médecin, les pairs ou les partenaires, cela aura une importance dans la manière de gérer la contraception et de faire face à un « *échec* » contraceptif. Par exemple, si aucune des copines n'a eu de problème de préservatif, il peut devenir plus difficile pour une jeune femme de raconter ses mésaventures contraceptives dans le groupe, au risque de passer pour la « *filles bizarre* » ou pour une « *apprentie* », une « *maladroite* ». L'annonce de sa

contraception aux pairs ou aux parents n'est pas identique et ne comprend pas les mêmes enjeux. Les jeunes femmes cherchent à adapter leur biographie contraceptive à celles des autres membres du groupe afin de voir valider une nouvelle dimension identitaire : « *faire partie des affranchies* » (Siria), « *avoir une contraception, et surtout prendre la pilule, c'est réussir à faire enfin partie des femmes avec un grand F* » résume Fanny. La comparaison de soi avec les autres membres du groupe et, plus spécifiquement, de soi par rapport au groupe de filles de référence est fréquente, et impose une norme de la « bonne biographie sexuelle » vers laquelle les jeunes femmes du groupe doivent converger. On retrouve ainsi le désir de conformité aux valeurs véhiculées par le groupe (lequel impose l'âge au premier bisou, l'âge au premier rapport et le délai d'attente avant le premier rapport, même si on note des variations de normes selon les origines sociales et la socialisation des jeunes femmes composant le groupe). Aussi, lorsqu'elles utilisent la pilule pour des raisons médicales, les jeunes femmes ne le précisent pas et se contentent, le plus souvent, de dire au moment choisi qu'elles prennent la pilule (dissimulant une part de la réalité).

Dans la famille, la première contraception prend des tournures différentes et montre les tensions et conflits qui peuvent exister dans les familles autour de la sexualité des jeunes. Ainsi, celles qui ont pris la pilule avant leur premier rapport se retrouvent presque toujours dans l'obligation d'en parler à leurs parents, à leurs mères, les raisons de leur prise de pilule (acné, cycles irréguliers, règles douloureuses) étant dicibles et acceptables car elles ne divulguent pas d'informations supplémentaires sur leur sexualité. Cacher les comprimés est alors moins nécessaire. Pour les jeunes femmes qui prennent la pilule à partir du premier rapport, les mères restent des figures privilégiées en matière d'informations et d'aide à la gestion de la contraception. Plus globalement, pour les jeunes femmes rencontrées, il est relativement fréquent que les mères aient connaissance de la contraception de leurs filles (surtout pour la pilule), légitimant ainsi leur pratique contraceptive et leur vie sexuelle. Les pères quant à eux, se mettent en retrait et/ou sont tenus à l'écart par leurs filles.

Mais il arrive que les parents soient tenus à distance de ces informations. Il y a d'abord les jeunes femmes dont les parents ne conçoivent pas qu'elles puissent avoir des rapports sexuels à leur âge ou avec le partenaire qu'elles ont choisi, dans ce cas, les familles rendent l'accès à la contraception difficile en participant au développement d'un sentiment de non légitimité, voire de culpabilité (Durand, 2002, p. 255). Ensuite, il y a les jeunes femmes qui redoutent les questions de leurs mères et le fait que celles-ci

s'intéressent de « trop près » à leur vie sexuelle : dire à leurs parents qu'elles prennent une contraception, c'est leur donner l'occasion d'imaginer leur sexualité, ce qui les gêne. Elles préfèrent conserver leur « *jardin privé secret* » comme dit Anissa, et rendent leurs biographies sexuelle et contraceptive officieuses. En maintenant à distance une partie des informations les concernant, les jeunes femmes ont le sentiment de se protéger des normes familiales ayant trait à la sexualité, qui sont susceptibles d'avoir une influence sur leur vécu et leurs représentations de leurs pratiques sexuelles. Elles cherchent à faire perdurer l'image que leurs parents ont d'elles en tant que « filles de » seulement, et refusent assez souvent de s'affirmer comme « petites amies de », « partenaires sexuelles de ».

L'affirmation d'utiliser une contraception peut être la marque d'une revendication d'une vie sexuelle active, que ce soit à l'égard des parents ou des pairs, et parfois même des partenaires. On l'a vu, le désir de conformité aux pairs est fort, surtout dans les premiers temps de la vie sexuelle ; l'objectif de ne pas passer pour un « bébé » ou une « petite » dans le groupe est primordial car il permet aux individus de s'intégrer au groupe, entre autre par le biais de discussions sur des thèmes communs. Affirmer son appartenance de genre consiste notamment à faire partie d'un groupe. La triple reconnaissance (parents, pairs, partenaires) de la vie sexuelle n'est pas systématiquement recherchée par les jeunes femmes que nous avons rencontrées : certaines cherchent à valoriser leur biographie sexuelle auprès de leurs copines ou leurs partenaires, mais ne souhaitent pas en parler à leurs parents.

« C'est bizarre parce que finalement j'ai du mal souvent à... Je suis naturelle mais c'est bizarre parce qu'aux yeux de mon copain je voudrais être une femme et aux yeux de mon père je voudrais être une petite fille quoi. Je veux surtout pas que... Enfin j'embrasse surtout pas mon copain devant mon père, euh quand je dis "bon bah j'ai envie d'aller me coucher" et que mon copain me suit, bah vis-à-vis de mon père ça me gêne quoi... » (Lilia, 20 ans, étudiante en DEUG de lettres)

Avoir une contraception c'est laisser penser que l'on a une sexualité active, or les jeunes femmes craignent d'être vues comme des « humains sexuels » pour reprendre l'expression d'Alain Corbin²³. Ainsi, énoncer leur vie sexuelle active remet en cause

²³ La pudeur, c'est « la hantise de laisser l'animal passer le bout de l'oreille » (Corbin, 1987, p. 450).

explicitement le symbole de la virginité, associé à l'enfance, que plusieurs jeunes femmes préféreraient conserver aux yeux de leurs parents, et surtout de leurs pères²⁴.

« J'aimerais bien me dire qu'ils pensent que je suis encore petite... surtout mon père, je préfère même pas qu'il pense que je ne suis plus vierge... Après je ne serais plus sa petite fille (...). Mais en même temps je sais qu'il s'en doute ! » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Le corps (et ses modifications) est bien le lieu de l'identité personnelle comme le soulignait Antoine Prost (1987). Dans la retenue, la volonté de silence ou de secret (autour des règles ou de la contraception), on peut se demander s'il n'y a pas comme une mesure de protection à l'égard de son identité, de son corps. On peut se demander si refuser de dire sa sexualité et se protéger du regard parental ne serait pas aussi en quelque sorte une manière de ne pas voir ses parents comme des individus ayant une sexualité active. L'activité sexuelle des parents gêne de nombreuses jeunes femmes que nous avons rencontrées et elles se refusent le plus souvent à imaginer leurs parents simples partenaires.

Certaines jeunes femmes ont fait (plus ou moins) exprès de laisser traîner une plaquette de pilule, afin qu'une partie de la famille sache qu'elles avaient une vie sexuelle active. En cherchant des cigarettes dans le sac de Julia, sa mère a trouvé une plaquette de pilules.

« Elle a chopé la plaquette dans mon sac en cherchant des cigarettes. Donc elle m'a regardé en me disant « C'est quoi ce truc-là » je lui ai dit « Tu sais très bien ce que c'est », elle m'a regardé, et elle était vexée que je ne lui ai pas dit, enfin qu'on en n'ait pas parlé, et du coup on en a parlé sans problèmes et tout et voilà » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Julia savait ce que contenait son sac, c'est en connaissance de cause qu'elle a laissé sa mère fouiller dedans, cela a été une manière détournée de lui montrer son autonomie, prouvant, grâce à sa contraception, qu'elle savait se « débrouiller seule ». Il s'agissait moins d'officialiser sa vie amoureuse et sexuelle auprès de sa mère (celle-ci s'en doutait) que d'affirmer une vie sexuelle active mais maîtrisée²⁵. En prenant la pilule, en choisissant ses partenaires, Julia construit seule les lois qui régissent sa biographie

²⁴ On retrouve une gêne identique lors de l'annonce des règles : les jeunes femmes souhaitent bien souvent ne pas le dire à leur père (ou demandent un délai. Cette pudeur relève de la contention, c'est-à-dire le souci d'éviter toute manifestation organique susceptible de rappeler que le corps existe) (Corbin, 1987, p. 450).

²⁵ On remarque dans les entretiens qu'informer sa mère sur sa vie sexuelle ne dépend pas uniquement de l'ouverture d'esprit de celle-ci, puisque nous ne constatons pas de division binaire entre les mères qui refusent l'existence de la sexualité de leurs filles et qui ont des filles qui la cachent, et les mères qui reconnaissent à leurs filles le droit à une vie amoureuse et intime et qui ont des filles qui parlent.

sexuelle, son quotidien ; ceci est mis en évidence par Karine Chaland : « toute la difficulté de l'individu contemporain consiste à parvenir, en effectuant des réglages, à un équilibre entre indépendance, autonomie et relation à l'Autre. » (Chaland, 2001, p. 43). Si la reconnaissance de la vie sexuelle par la famille aide la jeune femme à mieux vivre son entrée dans la sexualité et à gérer plus facilement la contraception (Bajos, Ferrand et *al.*, 2002), toujours est-il qu'une trop forte implication de la famille dans la vie sexuelle des jeunes femmes peut avoir comme conséquence un repli sur soi, où aucune information ne filtrera, par crainte de se voir déposséder de la gestion de sa vie sexuelle. Conseils et critiques sont parfois interprétés négativement par les jeunes femmes, qui préfèrent ne plus rien laisser transparaître de leur vie amoureuse, dans la mesure où l'affirmation et la revendication d'une vie sexuelle active offrent la possibilité aux autres d'émettre des jugements concernant les modalités de gestion de cette histoire intime. Ainsi, si certaines ne voulaient pas cacher à leur mère leur premier rapport, elles ne s'attendaient pas pour autant à de telles critiques. Kelly a raconté en différé ses premières amours à sa mère et lui a présenté deux petits amis « *en coup de vent* ».

« Ma mère c'est une langue de vipère... Elle [sa mère] critique toujours. Toujours. Bah mes copines, mon entourage, mes copains et tout. Et j'ai beau lui dire c'est comme ça et puis c'est tout. Elle critique, elle critique. Donc voilà. Elle supporte pas de me voir grandir je pense. Ouais je pense. » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Les critiques, considérées comme négatives, faites par sa mère sur le choix de ses relations amicales et amoureuses, sont vécues par Kelly comme un jugement de valeur intrusif dans sa vie privée, qu'elle cherchait pourtant à partager. Si Kelly continue de raconter ses rencontres, elle cherche à montrer sa capacité de choisir seule ses relations, malgré les critiques de sa mère. Par l'expression « *c'est comme ça et puis c'est tout* », elle tente d'affirmer ses choix amicaux et amoureux et met l'accent sur le fait que ceux-ci ne sont pas négociables. Kelly se sent dans l'obligation de se confronter verbalement avec sa mère pour lui imposer une partie de sa réalité, affirmant par conséquent sa vision du monde en tant que « grande ». Une des caractéristiques de la famille contemporaine est que le choix amoureux doit être ressenti comme un choix personnel, d'où la famille est exclue, valorisant ainsi des liens électifs et affinitaires entre les individus. Ce qui n'est pas si simple puisque les individus continuent de présenter leurs partenaires à leurs parents, prenant le risque de voir leurs choix désavoués. Aujourd'hui, il semble que si l'on ne choisit pas sa famille, on choisit en revanche les membres avec lesquels on continuera d'entretenir des liens (amis, amoureux).

Les premiers rapports sexuels et les premières contraceptions offrent la possibilité aux jeunes femmes de raconter leur vie amoureuse et sexuelle, et d'accéder à une nouvelle dimension identitaire : celles des « grandes », « des filles qui l'ont fait » ; bref devenir expérimentées et non plus ignorantes, accéder d'une certaine manière à une plus grande maturité aux yeux des autres. Cependant, le déroulement des rapports sexuels reste une condition sine qua non pour que ces premières fois participent à la construction identitaire et permettent de mettre à jour de nouvelles dimensions de l'identité féminine. En effet, sous l'appellation floue « rapport sexuel », on tend à uniformiser des pratiques qui sont pourtant très différentes tant au niveau du vécu que de ce que ça apporte aux individus. Or nous l'avons vu, tous les premiers rapports ne se déroulent pas de manière identique, toutes les jeunes femmes que nous avons rencontrées n'ont pas les mêmes attentes quant à ce passage à l'acte. Passée l'étude du premier rapport, il paraît utile de chercher à mieux comprendre les biographies sexuelles des jeunes femmes. Aussi nous nous intéresserons d'abord à la manière dont s'échelonnent ou se suivent les aventures amoureuses et/ou sexuelles (sexualité épisodique vs régulière), et ensuite à la variété des rapports sexuels qu'ont pu avoir les jeunes femmes interrogées de manière à pouvoir saisir les intrications entre les relations avec le partenaire et les choix contraceptifs.

3. VARIETE DES RAPPORTS SEXUELS VECUS

Le langage courant tend à uniformiser les pratiques concernant les rapports sexuels quand il s'agit d'un rapport qui se déroule dans le cadre d'une relation établie : pudiquement on parle de « l'avoir fait », plus romantiquement de « faire l'amour » et on « baise » quand le rapport ne s'inscrit pas dans une relation affective forte (ou que celle-ci est peu investie ou mise à distance par celui qui parle²⁶). Ces nuances s'établissent à partir du vécu des pratiques sexuelles, il s'agit d'interprétations subjectives qui permettent aux individus de dire leur réalité en fonction des expressions considérées comme plus ou moins respectueuses ou au contraire vulgaires ; elles servent alors de codes communs dans les conversations. Ces expressions mettent davantage l'accent sur le vécu de la relation que sur les types de rapports sexuels des individus et

²⁶ Cette expression met davantage l'accent sur les plaisirs charnels que sur le rapport sexuel comme élément important mais non exclusif de la relation amoureuse ou sentimentale (ce que Claudine Philippe appelle la « sexualité hédoniste » (2004)).

leurs pratiques sexuelles. S'attacher à la diversité des types de rapports sexuels est pertinent dans la mesure où ils conditionnent, au moins en partie, les choix contraceptifs.

Sexualité épisodique et sexualité régulière

Les diverses expériences composant la biographie sexuelle et sentimentale des individus peuvent avoir des répercussions sur les relations à venir (manque de confiance, « *flicage* »...). Le temps constitue une dimension primordiale dans la vie amoureuse juvénile (Duret, 1999) : les individus sont pris entre le statut de partenaire, d'« ex » et celui éventuel de futur partenaire. Les nouveaux partenaires doivent composer la nouvelle relation avec ceux qui les ont précédé, sans en avoir forcément connaissance ; d'où le fait que certains se voient attribuer un caractère en raison de leurs ressemblances ou dissemblances avec leur prédécesseur. Une nouvelle relation trop similaire avec la précédente peut amener un des deux partenaires à rompre ou à modifier la donne amoureuse. Les biographies sexuelles des jeunes femmes rencontrées sont diversifiées, certaines ont une vie sexuelle épisodique, d'autres une vie sexuelle plutôt régulière. Nous distinguerons les relations sexuelles *épisodiques* des relations sexuelles *régulières*, pour mettre en lumière la dimension temporelle qui régit en partie les biographies sexuelles dans les premiers temps de la vie sexuelle active. La fréquence des rapports est à mettre en relation avec l'âge et le degré d'autonomie des individus, pour saisir ce qui se joue dans la gestion de la sexualité au quotidien. La sexualité pendant la jeunesse est marquée par une succession de relations amoureuses monogames dont la durée est variable. Pendant cette période, la fidélité à l'autre est importante et très valorisée, toute relation implique par principe une exclusivité amoureuse (sentimentale) et sexuelle, la « tromperie » (même une suspicion de tromperie) est un argument de rupture, le moindre écart conduit à ce que Didier Le Gall (1999) appelle « l'irréparable », à savoir la rupture.

Dans les familles, il semble que les relations stables ne soient valorisées qu'à partir d'un certain âge, la mise en couple trop précoce est stigmatisée car les premiers temps de la vie amoureuse doivent être ceux de l'expérimentation et du flirt, partiellement visibles aux parents. Il s'agit de « *profiter de sa jeunesse* ». Entre 17 et 20 ans, les jeunes femmes qui le peuvent présentent leurs partenaires à leurs parents, elles se contraignent (ou sont contraintes) de ne présenter que les copains « *stables* », c'est-à-dire ceux avec qui elles sont depuis « *longtemps* » et dont elles sont amoureuses. Il ne s'agit pas de

faire un « défilé » de partenaires sexuels au sein de la maison parentale, mais de présenter des petits copains mettant davantage l'accent sur la dimension amoureuse que sexuelle (Ramos, 2000). Cette analyse se situant dans la lignée de la critique émise par Michel Bozon, pour qui ni le nombre de partenaires, ni la précocité du premier rapport ne peuvent expliquer la durée de biographie sexuelle : en effet, « le nombre de partenaires n'est pas proportionnel à la durée totale de la vie sexuelle. Il existe de longues périodes peu productives en nouveaux partenaires (périodes de vie en couple) et des périodes sans conjoint, souvent plus courtes, où les partenaires se renouvellent fréquemment » (Bozon, 1993b, p. 1339).

La fréquence des rapports sexuels est un élément trop souvent relégué au second plan des études sur la contraception, or il paraît malvenu d'analyser de la même façon une utilisation de contraception - d'urgence - selon qu'elle se fait dans le cadre d'une relation affective « stable » ou « brève », dans le cadre de rapports sexuels fréquents ou rares, puisque cela reviendrait à autonomiser cette méthode de son contexte. Il convient donc de rompre avec une vision « adulte centrée » de la sexualité qui n'entendrait la contraception que dans une vie de couple régulée et régulière. Dans les premiers temps de la biographie sexuelle, durant la période d'entrée dans la sexualité des jeunes, la régularité de leurs rapports sexuels dépend de plusieurs éléments parmi lesquels le lieu de résidence (avec ou sans leurs parents), le degré d'autonomie (droit de sortie ou d'invitation par exemple), l'âge (mineures ou majeures), mais aussi l'existence et la reconnaissance d'une vie sexuelle (ou non). Il convient d'ajouter que dans notre corpus, mêlant collégiennes, lycéennes, étudiantes et jeunes femmes sorties du système scolaire, les plus jeunes ont des rapports sexuels moins fréquents que leurs aînées en raison de leur emploi du temps scolaire strict et du niveau de contrôle parental.

« Tu comprends, en fait, c'est pas trop facile la vie avec mon copain. Avant c'était encore plus dur. Mais bon... on fait avec. » (Julie)

YA : *C'est-à-dire, « pas facile » ?*

« C'est pas facile parce que déjà, bon, on n'a pas trop le temps. Moi je suis au lycée, ça prend déjà presque tout mon temps. Et lui aussi il est au lycée. Il passe son bac donc faut qu'il révise. Il n'a pas le temps des fois pour qu'on se voie. Et puis en fait aussi y a le fait qu'on n'ait pas un appartement à nous. Moi j'habite chez mes parents. Lui aussi. Et ça c'est dur. Enfin ça complique vachement les choses parce que mes parents veulent pas trop que je sorte, quand je finis les cours faut que je rentre. J'ai droit à rester une heure ou deux dehors mais pas plus. Et quand je finis à 17h faut que je rentre pour 18h. Donc pour la vie amoureuse... c'est difficile car on n'a pas les mêmes emplois du temps.(...) Et puis mes parents ils savent pas trop que j'ai un copain et que je fais des trucs avec lui. Et ça ils veulent pas donc ça

complique encore plus. Faut qu'on fasse super attention... Ça serait plus simple si j'avais un studio à moi. » (Julie, 17 ans, lycéenne)

Au-delà des contraintes imposées par leurs activités scolaires, le manque d'autonomie résidentielle est criant chez les plus jeunes. Le fait de disposer uniquement du domicile familial pour « *faire des trucs* » peut freiner l'élan amoureux et sexuel des partenaires, comme le fait comprendre Julie. Aussi, contrairement à ce qu'affirmait Hugues Lagrange pour qui « rien n'indique que le manque de lieux à eux constitue pour les jeunes un obstacle important à leur sexualité », dans les entretiens, de nombreuses jeunes femmes insistent sur la difficulté d'habiter chez ses parents lorsque l'on souhaite inviter son petit ami. L'hébergement du couple sous le toit parental dépend du milieu social, mais aussi et surtout de l'origine culturelle. Pascal Duret (1999) souligne à ce propos que les jeunes regrettent de ne pouvoir disposer d'un chez-eux où leur intimité pourrait s'épancher sans crainte (comme Lilia qui n'a « *rien senti* », trop attentive aux bruits extérieurs).

Quatre styles de vie sexuelle peuvent être distingués : d'abord les jeunes femmes qui ont une vie sexuelle épisodique et qui ont des rapports sexuels également sporadiques (les rapports ont lieu selon les « aventures »), ensuite il y a les jeunes femmes qui ont une vie sexuelle par intermittence et des rapports sexuels « fréquents » pendant ces périodes : les rapports sont fréquents pendant la relation sentimentale, mais une fois que celle-ci se termine, les jeunes femmes n'ont plus de rapports jusqu'à la prochaine relation. Puis il y a celles qui ont une vie sentimentale régulière (elles sont en couple depuis longtemps) et ont une activité sexuelle régulière (elles sont parmi les plus âgées et habitent souvent seules ou avec leur partenaire). Enfin il y a celles qui ont une vie sentimentale régulière (elles sont en couple) mais qui ont une activité sexuelle épisodique (leur relation amoureuse n'est pas construite sur les rapports sexuels, qui sont peu fréquents) : il s'agit des jeunes femmes les plus jeunes qui habitent chez leurs parents.

Les exemples de Kelly, Amélie, Adriana ou Angélique permettront de voir à situation égale (elles habitent toutes chez leurs parents), ce qui diffère dans la gestion de leur biographie sexuelle. Les parents de Kelly n'ont pas connaissance de ses excursions nocturnes chez son petit copain (un voisin), mais savent qu'elle a une relation amoureuse, tandis que ceux d'Amélie, qui a le même âge, « *ne veulent pas entendre parler de ça* » (de sa sexualité) et ne l'autorisent pas à « *découcher* » de la maison ni de l'internat. La négociation des sorties et la reconnaissance d'une vie sexuelle ont une

influence sur la fréquence des rapports sexuels des jeunes femmes. Le fait que les parents de Kelly connaissent une partie de sa vie amoureuse facilite ses visites chez son petit copain (ou les visites de son copain chez elle), ce qui, en quelque sorte, la déculpabilise d'avoir des rapports sexuels. Il semblerait qu'il soit plus difficile pour une jeune femme qui habite chez ses parents d'y amener son petit ami que l'inverse : les jeunes femmes vont plus souvent dormir chez leurs partenaires (et elles accueillent moins souvent des jeunes hommes chez elles, chez leurs parents). L'interdiction ou les restrictions parentales d'accueil et d'hébergement fonctionnent alors comme une garantie de la vertu de leur fille. Toutefois, si la relation amoureuse de Kelly est connue et plus ou moins acceptée par ses parents, ce n'est pas pour autant qu'elle a le droit d'inviter son petit ami le soir chez elle. Ses parents trouvent qu'elle est trop jeune et que cela est « *trop prématuré* » raconte-t-elle. Son « chez elle » reste donc bien sous l'autorité de ses parents, qui profitent de chaque occasion pour lui rappeler que ce sont eux qui établissent les règles de vie dans la maison. Aussi elle s'arrange pour faire venir son copain lorsque ses parents sont absents ou lorsqu'ils dorment²⁷. Angélique et Adriana habitent elles aussi chez leurs parents, elles revendiquent auprès de ceux-ci le droit à une vie amoureuse et sexuelle ; ce qui est d'autant plus aisé qu'elles sont plus âgées. La fréquence de leurs rapports sexuels s'expliquera moins par leur lieu de résidence que par leur implication dans la relation affective et par la durée de celle-ci. Mais toutes les jeunes femmes ne cherchent pas à amener leur partenaire au domicile familial, et souhaitent davantage protéger cette dimension de leur vie qui leur est personnelle et intime (Charbonneau, 2003). La nuance entre sexualité *régulière* et sexualité *épisodique* permet de prendre en considération le lien entre le type de relation sexuelle et la fréquence des rapports sexuels, en vue de l'analyse des pratiques contraceptives, de la gestion de la contraception.

Au-delà de la fréquence de l'activité sexuelle et de la manière dont les relations s'imbriquent dans la biographie amoureuse, il est important de s'intéresser au vécu des jeunes femmes rencontrées. Dans les entretiens, elles distinguent le fait *d'avoir eu envie* de faire l'amour et *d'avoir accepté* de le faire, quand d'autres parlent *d'avoir été*

²⁷ Kelly passe une nuit par semaine avec son petit copain chez elle ou chez lui. Le plus souvent, ils attendent que leurs parents dorment et se rejoignent l'un chez l'autre, mettant un réveil pour revenir dans leur lit avant le réveil parental. Une fois par semaine, ils se retrouvent vers 2h du matin et se quittent aux alentours de 5h30, pendant ce temps ils ont parfois des rapports sexuels mais préfèrent simplement passer du temps ensemble, le risque de se faire surprendre étant jugé trop important.

influencées voire forcées. La distinction de ces rapports sexuels permet de prendre en considération qu'il n'y a pas une uniformisation de la sexualité mais des rapports ayant des sens différents pour les individus et qui sont vécus très inégalement. Ils s'inscrivent distinctement dans la biographie sexuelle et dans le processus de construction identitaire. Nous proposons de faire une typologie des rapports sexuels selon le degré de consentement des jeunes femmes. Ainsi, nous étudierons d'abord les rapports consentis (souhaités, désirés ou acceptés) puis ceux qui ont été « cédés²⁸ », influencés ou forcés. Comme le souligne Maryse Jaspard, « dans la plupart des cas, les partenaires féminines savent établir la différence entre ébats sexuels désirés et partagés, coïts accompagnés ou pour faire plaisir et rapports forcés, qu'ils soient ou non accompagnés de brutalités physiques » (2005a, p. 73). Chaque enquêtée n'a pas vécu l'ensemble des types de rapports que nous énonçons, certaines en ont toutefois vécu plusieurs formes. La diversité des rapports sexuels semble être une des clés pour comprendre comment les individus gèrent leur sexualité et par conséquent leur contraception, et leur contraception d'urgence par extension, dans la mesure où la biographie sexuelle passée joue sur les histoires présentes et à venir.

Rapports sexuels désirés, souhaités et acceptés

Aujourd'hui, on voudrait croire que l'ensemble des rapports sexuels des individus sont désirés et/ou souhaités. Les récits de la très grande majorité des jeunes femmes rencontrées concordent fort heureusement avec cette idée : elles racontent avoir déjà *désiré* un rapport sexuel, avoir eu « *envie de faire l'amour* ». La justification de ce désir dans les entretiens se rapproche souvent des récits de la première fois, mais parce qu'il ne s'agit pas du premier rapport, les individus explicitent leurs désirs, comme pour laisser moins de place à l'interprétation, à une compréhension hasardeuse.

« Oui ça m'arrive de dire à mon copain dans son oreille « j'ai envie de toi » ! Ça c'est quand je le vois et que... ah... (rires). C'est souvent quand c'est un moment un peu romantique, qu'on est tous les deux et que tout est possible... et que j'ai envie qu'on fasse l'amour quoi ! (...). Et en plus je sais que ça lui fait de l'effet ! Quand tu dis un truc comme ça à un mec, direct, ça l'excite ! » (Lilly, 23 ans, comédienne)

Le récit de Lilly permet de comprendre les enjeux qui se trouvent derrière l'explicitation de son désir dans la relation amoureuse : l'importance du contexte est soulignée puisque la jeune femme choisit un moment « *romantique* », où ils sont tous les deux ; ensuite

²⁸ Nous reprendrons ici le terme « cédé » à Nicole-Claude Mathieu (1985).

elle sait qu'en prononçant ces mots elle « excite » son partenaire (donner l'envie et provoquer le désir de l'autre sont des éléments motivant un énoncé clair).

Comme dans l'enquête menée par Janine Mossuz-Lavau (2003b), on repère ici qu'un certain nombre de jeunes femmes font « preuve d'autonomie dans leurs relations sexuelles avec leur partenaire en ce sens qu'elles déclarent que, dans l'acte d'amour, les deux prennent l'initiative et que, quand elles n'ont pas envie d'avoir une relation sexuelle, elles le disent et que leur volonté est respectée » (2003b, p. 107-108). Plusieurs jeunes femmes racontent que lorsqu'elles sont initiatrices du rapport sexuel, leur partenaire les désire « spécialement », « différemment », il serait alors plus attentionné. Ceci s'explique en partie par le fait que les jeunes femmes disent être moins souvent à l'initiative des rapports sexuels, elles acceptent davantage les propositions de leurs partenaires qu'elles ne leur en proposent. On peut alors se demander si la moindre initiative des jeunes femmes dans la demande de rapports sexuels ne s'explique pas en partie par la crainte d'être considérée comme une « fille facile », une « fille qui aime ça », ne désire que ça. Nous faisons l'hypothèse qu'une partie des désirs des jeunes femmes ne sont pas comblés puisqu'elles se restreignent tant sur la quantité que sur la qualité de leurs envies. On constate ainsi une prégnance des références aux opposés, aux pires, pour se construire et se dire soi-même : si les jeunes femmes veulent être des partenaires exemplaires, elles doivent toujours se méfier des images de la « pute », de la « chaudasse » et de la « nymphomane », qui à tout moment peuvent peser sur elles. Ces jeunes femmes se réfèrent davantage aux rôles traditionnels de l'homme et de la femme dans le couple pour s'assurer que tout se déroule bien. Ceci souligne à quel point, pour se construire, les jeunes femmes doivent composer avec ce qu'elles ne veulent pas être ; elles sont contraintes de jouer en permanence avec leurs modèles (les copines) et leurs anti-modèles (« les putes ») pour se construire.

Ceci nous amène à nuancer ce rapport *désiré, souhaité*, avec celui qui est *accepté*. Dans le premier type, le souhait émane de la jeune femme, qui formule plus ou moins explicitement son désir (la difficulté est alors de réussir à faire comprendre au partenaire sa disponibilité et son envie). Dans le cadre de rapports acceptés, la demande est implicite (gestes) ou explicite (verbalisation), mais émane du partenaire, qui cherche à faire comprendre son désir. Selon les configurations de la relation dans laquelle elle se trouve, la jeune femme est en mesure d'accepter ou de refuser la proposition de rapport sexuel. Ceci peut donner lieu à un jeu de négociations implicites : les caresses et les câlins des deux partenaires trahissent les désirs de l'un et/ou les refus de l'autre. Claire

explique bien ce qu'est un rapport accepté, soulignant que son partenaire, parce qu'il la connaît « *très bien* », est en mesure de faire la différence entre « *un "non" qui peut dire "oui" et un "non" qui veut dire "non"* », entre un rapport accepté et un rapport refusé.

« Des fois mon copain vient me voir mais je fais un truc, alors il fait tout pour que j'arrête... (rires) ! Il veut qu'on fasse un câlin et moi je veux finir alors il essaie de me faire craquer et ça marche, c'est ça le pire. (...) Par exemple il me fait des blagues, une fois il m'a dit "ok j'attends", et puis quand je me suis retournée il était tout nu ! On a trop rigolé et après bah il s'est passé ce qui s'est passé ! (rires). Mais c'est pas toujours comme ça, quand il sent que je veux pas et tout bah il me force pas ! Ça se voit quand je veux pas... je dis "non" et je lui explique que là, moi, j'ai pas envie ! » (Claire, 20 ans, mère au foyer)

Lorsqu'une jeune femme exprime son désaccord de principe « *C'est pas le moment, faut que je travaille !* » mais se laisse convaincre par les propositions de son partenaire, comme dans le cas de Claire, il s'agit d'un rapport accepté. C'est-à-dire que la jeune femme accepte de faire l'amour, mais elle n'est pas à l'initiative de la demande, les sensations ne s'en trouvent pas altérées semble-t-il. La condition essentielle étant que le partenaire doit être en mesure de savoir lire entre les lignes et d'identifier les signes émis par sa partenaire pour différencier un rapport négociable et un rapport non négociable.

Les rapports sexuels désirés et acceptés sont les plus fréquemment cités dans les entretiens, il semblerait qu'il y ait une aspiration à l'adaptation des désirs de chacun des partenaires, en quête d'une synchronisation des désirs, cumulée avec une tendance à l'individualisation du plaisir, ce qui peut les amener à des situations contradictoires. Ceci s'explique en partie par la philosophie générale de la société actuelle, qui valorise l'égalité entre les individus et surtout entre hommes et femmes. La synchronisation des désirs est souvent un idéal pour les partenaires : ils doivent se désirer mutuellement au même moment, même s'ils peuvent avoir des souhaits différents concernant les pratiques sexuelles par exemple, tout en prenant garde que l'autre soit d'accord. Si Michel Bozon affirme que dans les années 1970, une forte majorité des individus considérait qu'à chaque rapport sexuel, les partenaires doivent avoir un orgasme en même temps, ceci n'apparaît plus indispensable aux jeunes générations (Bozon, 2002), nos entretiens montrent que cela demeure un idéal. Tout se déroule comme si la synchronisation des plaisirs (orgasmes simultanés) était un moyen objectif d'évaluer la relation amoureuse (et la proximité entre les partenaires : « *on est en symbiose* »). Les jeunes femmes valorisent donc une synchronisation et une réciprocité du désir, mais aussi du plaisir lors des rapports sexuels, ce qui est surtout visible dans les débuts de la

relation amoureuse, lorsque les individus doivent se découvrir et découvrir l'autre, composer avec les attentes et les désirs de chacun. On retrouve l'idée que la sexualité s'inscrit dans un mouvement plus général qui, depuis les années 1970, recommande au plan normatif l'égalité, la communication et le partage entre conjoints (Bozon, 2005). Rappel de l'obligation de prendre en compte les aspirations du/de la partenaire, l'idéal de la réciprocité prend son sens dans un contexte où l'autonomie et l'accomplissement des individus sont de plus en plus valorisés (Singly, 1996).

À partir des années 1970, le couple doit se structurer autour de l'harmonie sexuelle notait Antoine Prost (1987). La quête de l'entente sexuelle est prônée par l'ensemble des médias, et relayée par les multiples institutions de conseils, d'écoutes, d'informations. Cette idée est relayée aujourd'hui par la presse féminine « jeune »²⁹ qui diffuse les normes en matière de sexualité et de conjugalité. Dans les articles, on peut lire que « les rapports sexuels, c'est quand les deux en ont envie », ou bien qu'une femme « doit avoir envie de faire l'amour », et qu'elle doit désirer sexuellement son partenaire. La valorisation par l'ensemble de la société d'un couple égalitaire est reprise par les jeunes femmes. On peut penser que ceci a un impact sur la déclaration des pratiques dans la mesure où les jeunes femmes cherchent parfois à donner une version méliorative de leurs relations. En effet, « selon qu'on observe les pratiques ou les normes et les principes, le tableau observé n'est pas le même » (Cresson, 2004, p. 117). Il y a donc entre le moment des projets (définition du fonctionnement idéal) et celui de la mise en pratique, le passage d'un modèle égalitaire à une réalité qui l'est moins.

Rapports sexuels « cédés », influencés

La synchronisation du désir et du plaisir des partenaires pendant le rapport sexuel est donc valorisée, et au cours de leurs expériences, les individus tendent à y répondre favorablement. Toutefois, une partie des rapports a lieu sans que ces deux objectifs soient validés, comme on le voit dans les cas des rapports sexuels « cédés », *influencés* ou *forcés*.

Les rapports sexuels sont considérés comme « cédés »³⁰ quand un des deux partenaire se contraint à avoir un rapport sexuel sans en avoir envie, mais cède face au désir de son

²⁹ Nous considérons que les magazines suivants font partie de la « presse féminine jeune » (c'est-à-dire cherchant à toucher un public essentiellement féminin et âgé de 12 à 25 ans environ) : *Lolie*, *Girls*, *Miss*, *Jeune et Jolie*, *20 ans*, *Cosmopolitain*, *Glamour*...

³⁰ Usuellement, céder signifie : abandonner un droit, un lieu, se laisser fléchir par quelqu'un, se plier à sa volonté (Larousse, 2005).

partenaire. Nous reprenons ici l'expression de Nicole-Claude Mathieu (1985) qui critique l'idée selon laquelle les femmes « consentiraient » à leur domination par les hommes pour des raisons utilitaires ou par adoption des normes dominantes. Selon l'auteure, tout consentement suppose une conscience préalable des rapports de force existants ; or, dans le cas des rapports sexuels, elle souligne que cette forme de contrat n'a pas sa place. Elle insiste sur le fait que plutôt qu'elles ne consentent, les femmes cèdent devant la domination (ce que nous constatons également ici). Aussi nous paraît-il important de reprendre l'idée selon laquelle l'intériorisation des normes n'équivaut pas à leur acceptation (Mathieu, 1985 ; 1991).

Dans notre étude, il s'agit de jeunes femmes qui, pour « *faire plaisir* » à l'autre, acceptent d'avoir un rapport sexuel, même si cela ne leur fait pas plaisir à elles. De nombreuses jeunes femmes ont raconté avoir déjà fait l'amour dans le but de « *plaire* » ou de « *satisfaire les envies* » de leurs partenaires. Dans cette situation, leur désir est parfois quasi nul et certaines racontent avoir attendu patiemment que le rapport se termine. La simulation du plaisir est alors courante : le but est de faire croire à l'autre au plaisir alors qu'elles n'avaient pas envie de faire l'amour. Le partenaire se félicite parfois d'avoir réussi à la « *faire changer d'avis* », comme celui-ci qui dit à sa copine après le rapport « *T'as vu, ça t'a fait plaisir aussi finalement* »³¹. Woulha explique ainsi comment une fille peut se retrouver contrainte d'avoir un rapport sexuel pour sauvegarder la relation avec son partenaire.

« Quand t'es une fille j'crois que t'as vite fait de ... de te faire av... enfin pas de te faire avoir mais... ouais ou les hommes ont vite fait de te faire penser que euh... Que Que... je sais pas trop comment dire que...y a des trucs que quand même tu devrais accepter quoi. Tu vois ? que... ouais t'es chiant de pas avoir envie ou là t'es chiant d'avoir mal ou là t'es... tu vois ? Ce truc-là. (...) Si tu veux parce que je suis la première à tenir euh tous les discours du monde sur euh la libération de la femme et sur le fait que sexuellement la femme euh.... Féministe à donf si tu veux tu vois, et en même temps c'est quand même pas pareil quand toi t'es face à un mec ou t'as toutes tes peurs qui reviennent tu vois. En te disant mais attend est-ce que euh... est-ce que je suis normale ou est-ce que euh... tu vois c'est toujours con quoi c'est-à-dire que... oui théoriquement euh je connais bien les choses. Oui théoriquement je les connais bien. Enfin. On m'a bien transmis les valeurs que la femme euh doit pas se laisser faire, que la femme au contraire tu dois t'occuper d'elle plus que n'importe quoi tu vois ? Mais euh dans la pratique c'est... j'pense que c'est... c'est toujours différent, j'pense ». (Woulha, 20 ans, comédienne)

³¹ À propos de la simulation pendant les rapports sexuels, Pierre Bourdieu insiste sur l'importance de la jouissance masculine. Selon l'auteur, « la jouissance masculine est, pour une part, jouissance de la jouissance féminine, du pouvoir de faire jouir : ainsi Catherine MacKinnon a sans doute raison de voir dans la simulation de l'orgasme une attestation exemplaire du pouvoir masculin de rendre l'interaction entre les sexes conforme à la vision des hommes, qui attendent de l'orgasme féminin une preuve de virilité et la jouissance assurée par cette forme suprême de soumission » (1998, p. 27).

Woulha laisse transparaître la contradiction entre ce qu'elle sait, les valeurs qu'on lui a transmises (surtout sa mère) et la difficulté une fois en situation d'affirmer, d'imposer ses idées, ses souhaits. Elle a eu plusieurs fois des rapports sexuels sans en avoir envie, mais précise qu'elle a réussi à « *ne pas se laisser trop avoir* » en changeant de partenaire pour ne pas avoir à « *devoir le faire* ». La contradiction entre le savoir théorique (ses principes personnels) de Woulha et sa pratique (ses pratiques sexuelles) peut s'expliquer en partie par le travail de formation qui s'accomplit, soit au travers de la familiarisation avec un monde symboliquement structuré, soit au travers d'un travail d'inculcation collectif, plus implicite qu'explicite (Bourdieu, 1987). Les conseils et les valeurs dont parle Woulha prônent le respect de la femme et de sa sexualité, principes théoriques qui se trouvent confrontés à une réalité moins facile à gérer et à négocier. Pour les jeunes femmes, l'enjeu des rapports sexuels peut d'abord être relationnel : il faut tout faire pour garder son partenaire, quitte à simuler du plaisir, à avoir des rapports sans en avoir envie. On repère un enjeu identitaire sous-jacent, puisque refuser un rapport remet les jeunes femmes face à leur définition de la femme et de la féminité : être « *normale* » signifie avoir une sexualité épanouie, c'est-à-dire avoir des désirs sexuels pour son partenaire ; refuser des rapports serait une manière de remettre en cause cette dimension de la femme sexuellement active que les jeunes femmes revendiquent et qu'elles découvrent dans le même moment. Ces rapports (que certaines jeunes femmes qualifient de « *subis* ») se déroulent dans l'optique de protéger et de faire perdurer leur relation amoureuse dans une certaine stabilité sexuelle, prenant en compte d'abord les désirs sexuels masculins. Les jeunes femmes craignent qu'une baisse de l'activité sexuelle, de désir ou qu'un refus de rapport entraînent une rupture du lien amoureux, de la relation sentimentale.

La pression exercée par le partenaire est rarement visible au moment du rapport, la jeune femme s'impose à elle-même le rapport, estimant qu'elle a déjà « *trop* » refusé (les deux dernières fois par exemple). À force de « *trop refuser* », elles appréhendent que leur partenaire remette en cause leur fidélité, leur investissement dans la relation ou se désintéresse d'elles. On retrouve un des schémas de la domination masculine au sens où le primat est accordé au plaisir sexuel de l'homme, dans le déni pour la jeune femme de son propre plaisir. Contrairement aux rapports influencés ou forcés, les rapports sont ici concédés par les jeunes femmes dans le désir de satisfaire les envies sexuelles de leur partenaire. Le point commun entre les rapports cédés et les rapports « *influencés* » est qu'ils ne sont pas désirés par les jeunes femmes. Toutefois, le rapport cédé n'est pas

vécu de la même façon qu'un rapport forcé, étant donné qu'il n'est pas le fruit d'un refus exprimé explicitement (comme le souligne Anne-Laure).

« Dans le rapport sexuel j'étais passive, c'était presque subi en fait... je crois que j'avais un peu la pression par rapport un peu aux gens avec qui je traînais, c'était le grand truc. Il fallait avoir couché avec un garçon. C'était assez subi, assez passif! Je prenais pas les rennes... de la relation et de la relation sexuelle... J'aurais jamais proposé une capote, quitte à faire des trucs de ouf ; parce que des capotes, j'en ai pas mis souvent ! » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

La pression du groupe dont parle Anne-Laure l'a incitée à avoir des rapports sexuels, mais le désir n'émanait pas d'elle. Ne réussissant pas à exprimer son refus, elle raconte : *« Je me suis retrouvée plusieurs fois dans un lit sans savoir trop comment... juste j'ai pas dit non ! »*. Ceci peut être interprété comme une influence extérieure exercée sur la jeune femme ; le rapport est ici influencé par quelqu'un plutôt que par quelque chose. Les rapports influencés se déroulent sous l'ascendant de quelqu'un (partenaire) ou de quelque chose (alcool ou autres substances psychoactives³²) : *« J'étais pas maître de moi-même (...) j'étais influencée par l'alcool »*, explique Bénédicte. Les rapports influencés sont vécus comme des rapports *« subis »* car les individus ne maîtrisent plus le cours des événements. Ce qui les distingue des rapports forcés (viols), c'est que les jeunes femmes se sentent responsables, s'étant laissé aller à consommer toujours plus par exemple. Puisque cela se déroule avec leur petit copain ou leur partenaire du moment, les jeunes femmes codent ce rapport comme étant un rapport *« influencé »* considérant qu'il ne s'agit pas d'un rapport forcé, s'estimant consentantes dans la relation affective. Le rapport influencé a lieu le plus souvent sous l'effet de substances psychoactives tels que l'alcool ou le cannabis (une fois, les champignons hallucinogènes ont été cités). L'année de ses 14 ans, Lin Yao sortait avec Jérémy (âgé de 15 ans à l'époque), il était son petit copain du moment. Un soir, alors qu'elle était depuis *« un petit bout de temps »* avec lui (plusieurs semaines) ils décident de faire un *« jeu d'alcool »*.

« En fait on a commencé à boire et après on a fait un jeu d'alcool quoi... et plus on a bu et moins je comprenais les règles et plus il les a changées, tu sais c'était un truc de dés, genre le 421 ou un truc comme ça, et genre si tu perds, tu bois. Et donc plus j'ai bu et moins je comprenais les règles et plus il les a changées et genre on était que tous les deux... et genre c'était plus « tu bois deux verres » mais quatre verres... et genre à la fin même pour te raconter une anecdote, je me suis mangée la table dans le tibia et j'ai rien senti ! Après j'ai été vomir trois fois et j'étais toujours pas bien tu vois, et c'était vraiment pas un bon moment... mais tu vois je me

³² Aucune jeune femme n'a raconté avoir pris du GHB ni n'en a fait un quelconque rapprochement. Elles ne considèrent pas avoir été abusées contre leur volonté, mais plutôt avoir eu un rapport sexuel sous l'effet de produits qui ont contribué à ce qu'elle ne le refusent pas.

souviens surtout de bribes, de trucs... mais nan je me souviens pas... Mais je me souviens surtout du lendemain, je me suis réveillée et j'étais trop pas dans mon... j'étais vénère contre moi de ne pas m'être arrêtée avant, de pas m'être contrôlée et tout mais c'est pour ça sans doute qu'après j'ai jamais réellement dépassé mes limites ! (...) C'est ça qui m'a vachement blasée c'est que j'avais jamais compris que... enfin tu vois j'avais jamais pu savoir si j'avais vraiment... on était, si on était... enfin voilà ! » (Lin Yao, 18 ans, lycéenne)

À travers son discours, on comprend que Lin Yao met en doute la sincérité des règles du jeu établies par Jérémy ; selon elle, il a changé les règles au fur et à mesure qu'elle buvait, « *moins je comprenais, plus il les a changées* », dit-elle. Lui aussi participait au jeu et s'est retrouvé également « *complètement bourré à la fin* ». Sous l'effet de leur « *jeu d'alcool* », ils ont peut-être eu un rapport sexuel, tout pousse Lin Yao à le croire (ils ont passé la nuit tous les deux, se sont réveillés pratiquement nus, dans le même lit) mais elle ne s'en souvient pas, elle a un trou de mémoire de la fin de la soirée à son réveil. Quant à son copain, elle ne lui a plus fait confiance à la suite de cette soirée, déçue de son attitude pendant le jeu (changement des règles du jeu). Néanmoins, elle ne lui en veut pas, elle cherche à assumer sa responsabilité de ne pas avoir su s'arrêter, se contrôler. On retrouve ici certains points communs avec le viol conjugal, pour lequel les femmes « *ressentent ces rapports imposés comme un abus de pouvoir, parfois comme un abus sexuel, mais très rarement comme un viol* » (Bretin, 1990, p. 100).

Les récits de Woulha, Anne-Laure et Lin Yao permettent de saisir ce qu'est un rapport sexuel non désiré. Dans la mesure où la protection et la contraception sont utilisées selon le contexte, les entretiens nous ont permis de comprendre que ces méthodes ne sont pas utilisées au même titre selon le type de relations qu'entretiennent les individus (à savoir s'ils sont amoureux, s'ils se kiffent ou s'ils s'aiment) mais également selon le type de rapports sexuels qu'ils ont (à savoir si le rapport est désiré, accepté, cédé ou influencé). En effet, la pilule sera une méthode privilégiée des relations où les partenaires sont amoureux ou s'aiment (dans la mesure où l'aspect « *protecteur* » est mis à l'écart). *A contrario*, le préservatif est une méthode utilisée entre partenaires qui « *se kiffent* ». Dans la mesure où il est lié à l'acte, on le retrouve plus fréquemment cité dans le cadre de rapports acceptés mais surtout cédés (voire influencés). Les précisions sur la diversité des rapports sexuels des jeunes femmes aideront, selon nous, à comprendre comment la biographie sexuelle et le déroulement des rapports influent sur la biographie contraceptive et la négociation de la contraception.

Rapports sexuels forcés

Reste à voir à présent les rapports forcés³³, ceux que les jeunes femmes n'ont jamais désirés, ni acceptés, auxquels elles n'ont jamais consentis et qu'elles n'ont pas cédés. Ceux dont elles ne parlent que sous l'angle de l'abus sexuel, la violence sexuelle. La distinction entre les rapports sexuels *cédés*, *influencés* et les rapports sexuels *forcés* est opérée par les jeunes femmes. Ces dernières nuancent le fait d'avoir voulu « *faire plaisir* » (rapport cédé), de s'être « *laissé avoir* » (rapport influencé, subi) et le fait « *d'avoir été obligée* » (rapport forcé), la différence étant alors une différence de degré de contrainte (et/ou de soumission), mais aussi une différence dans la relation avec l'autre. En cela, le rapport « *forcé* » doit se comprendre comme le « *viol* ». Comme le soulignent Michael Laumann, John Gagnon et *al.* (1994), la conception du viol est très controversée, les définitions légales et morales diffèrent³⁴. Selon les auteurs, « La comparaison de différentes études sur le viol est rendue difficile à cause des variations d'acception de termes clés comme *viol*, *agression sexuelle*, *relations sexuelles imposées* et *persécution sexuelle*. » (p. 333). Ils rappellent que « les relations sexuelles imposées, le viol, le harcèlement sexuel et la violation de limites de l'intimité sexuelle sont des questions qui font l'objet de contestation passionnée et inconstante dans la société américaine. Certains théoriciens affirment que le viol est un acte de passion incontrôlée ou le résultat d'un manque de partenaires féminines (Posner, 1992), d'autres que c'est une expression extrême du pouvoir mâle (Brownmiller, 1975). » (Gagnon, Laumann, 1994, p. 333, traduction personnelle). Si dans le contexte législatif français, « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise, constitue un viol »³⁵, nous retiendrons ici la définition donnée par les jeunes femmes. Dans ce sens, nous retrouvons dans cette partie les enquêtées ayant dit avoir été forcées à avoir des rapports sexuels, ou disant très rarement explicitement avoir été violées.

³³ Dans le cadre de cette enquête, nous avons rencontré des jeunes femmes violées, sans l'avoir recherché.

³⁴ En France, le code pénal prolonge une tendance depuis longtemps engagée : « désigner toujours plus précisément l'impact personnel, spécifier toujours plus précisément la violence » souligne Georges Vigarello (1998, p. 114). Par ailleurs, le code pénal distingue deux catégories d'actes : le viol (qui est un crime) et l'agression sexuelle autre que le viol (qui est un délit). La pénétration qualifie le viol, la tentative de viol est inscrite dans le flou des agressions sexuelles « autres que le viol » (Jaspard, 2005a, p. 64).

³⁵ Loi du 23 décembre 1980, article 1, journal officiel du 24 décembre 1980, citée par Georges Vigarello, 1998, *Histoire du viol*, p. 249.

Les rapports *influencés* se sont déroulés le plus souvent avec le partenaire de la jeune femme ou avec un partenaire potentiel (jeune homme d'un âge proche), tandis que les rapports *forcés* se sont déroulés avec des individus qui (pour la plupart) n'auraient pu être des partenaires « *même avec beaucoup d'imagination* », ironise Élise ; la place dans la famille, l'âge ou le lien avec les parents peuvent expliquer pourquoi les jeunes femmes considèrent qu'ils n'auraient pu être un de leurs partenaires. Ce n'est pas la nature de l'acte qui définit la violence mais l'imposition de l'acte à une personne qui n'y consent pas, rappelait à juste titre Maryse Jaspard (2005a). Le viol est un phénomène plus répandu qu'on ne le croit et qui touche particulièrement les adolescents, soulignent Didier Le Gall et Charlotte Le Van (1999). Il s'agit d'un rapport où la victime n'apparaît que « comme corps à consommer, simple support d'une pratique masturbatoire ». Le viol se pose « alors comme une borne extrême d'une sexualité à ce point engloutie dans l'irréalité du fantasme qu'elle ne peut plus accepter l'existence de l'altérité – et par là, dénie à la société toute possibilité d'existence » (Neyrand, 1996, cité par Le Gall, Le Van, 1999, p. 33).

Anne-Laure, Élise, Laetitia et Nya sont les quatre jeunes femmes qui ont été « *forcées* » à avoir des rapports sexuels, elles ont été « *violées* ». Elles basculent d'un mot à l'autre : le premier (forcé) ou les périphrases du type « *ce qui m'est arrivé* » ou encore « *ça* », paraissent plus « simple » à verbaliser que le mot viol, peut-être parce que celui-ci est plus violent, plus marqué moralement et juridiquement mais aussi un peu plus stigmatisant (lors des enquêtes ACSF³⁶ et ENVEFF³⁷, les enquêteurs n'utilisaient pas le vocable « viol » qui s'avère très émotionnel³⁸). Toutes les quatre ont été contraintes à avoir un rapport sexuel avec un homme, rapport qui s'est déroulé dans la violence physique, parfois sous la menace. Pour Anne-Laure et Nya, il s'agissait de jeunes hommes qu'elles ne connaissaient pas, ce sont des « viols par surprise » (Jaspard, 2005a), tandis que pour Laetitia et Élise, il s'agissait d'hommes faisant partie de leur entourage proche (le voisin et ami des parents dans le cas de Laetitia, le cousin dans le

³⁶ Analyse du Comportement Sexuel des Français.

³⁷ Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France.

³⁸ Dans l'enquête ACSF (1993), les auteurs n'utilisent pas le mot « viol » mais demandent si la personne a déjà « subi des rapports sexuels imposés par la contrainte ». Ils expliquent ainsi qu'en utilisant cette formulation, ils n'ont exclu a priori aucun type de contraintes. Ils ont à dessein évité les termes porteurs d'images sociales trop explicites tels que : « viol », « inceste », « harcèlement sexuel » ou encore « violence conjugale » (1993, p. 215).

cas d'Élise)³⁹. Parmi ces quatre jeunes femmes, seules Élise et Laetitia ont porté plainte après de longues hésitations, elles connaissaient « celui qui leur a fait ça » ; le recours à la justice était pour elles une manière de faire (re)connaître leur vécu à l'ensemble de leur entourage, et surtout de faire cesser les abus sexuels. Nya et Anne-Laure n'ont quant à elles pas porté plainte, ni signalé leur viol⁴⁰. « Ces viols ouvertement condamnés par l'ensemble du corps social, les victimes peuvent légitimement les déclarer. Toutefois elles le font rarement, sauf quand elles souffrent de blessures physiques nécessitant des soins médicaux importants. Même si la condamnation du violeur est un des éléments de réparation physique, certaines hésitent à s'engager dans une procédure qui ravive le traumatisme en les mettant sur le devant d'une scène où elles risquent d'être à nouveau humiliées » (Jaspard, 2005a, p. 67).

Toutes s'accordent à dire que ce(s) rapport(s) forcé(s) a (ont) modifié leurs relations aux autres et à elles-mêmes. Élise par exemple n'arrivait plus à dormir dans sa chambre, qui pourtant était son lieu préféré dans la maison, c'était son « refuge », là où elle pouvait affirmer l'existence d'un monde à elle, son jardin privé. Ce que les jeunes femmes de notre enquête ont subi a eu des répercussions sur la construction de leur identité de femmes et « filles de », tout comme sur leur statut de « partenaires de ». Toutes ces dimensions identitaires ont été mises à mal, bouleversées, que ce soit pour Laetitia, Nya ou Élise qui n'avaient jamais eu de rapport sexuel avant, ou pour Anne-Laure qui avait eu un partenaire avant.

Anne-Laure a subi un rapport sexuel, juste avant ses 14 ans, lors d'une fête en plein air rassemblant plusieurs centaines de personnes, près de Bordeaux. Contrairement aux trois autres jeunes femmes, ce rapport sexuel n'était pas le premier, elle avait eu sa première fois quelques années avant (à 11 ans) avec son petit ami de l'époque (12 ans). Ses parents s'opposaient toujours à ses choix amicaux et amoureux, ce qui créait de grandes tensions. Leurs réflexions fréquentes à l'égard de son entourage expliquent en partie la prise de distance entre son monde et celui de ses parents, qui selon elle ne pouvaient pas se comprendre. Durant les années qui ont suivi (environ 3 ans), Anne-

³⁹ Maryse Jaspard souligne que « les peurs collectives se focalisent sur la barbarie du viol par surprise, perpétré par des inconnus, alors que les violeurs sont très fréquemment des proches. Crime sadique, crime familial, la prise en compte du contexte du lien de parenté, de la contrainte utilisée pour forcer la victime permet de différencier différentes situations de violences sexuelles. » (2005a, p. 65). L'auteure propose ainsi une typologie qui distingue quatre formes de viols : lorsque les violeurs sont des proches, lorsqu'il y a viol par abus de pouvoir, les viols par surprise, et enfin les viols en réunion (2005a, pp. 66-67).

⁴⁰ Anne-Laure a raconté son viol à ses parents plusieurs années après tandis que la mère de Nya l'ignore toujours, trois ans après les faits.

Laure s'est « *sentie en sursis* », s'attendant toujours à « *retomber* », à « *revivre la même chose* », proie potentielle des prochains garçons qu'elle pourrait rencontrer ; ainsi, comme le souligne Hélène Bretin, « le besoin [après une agression sexuelle] n'est pas de se prémunir des effets fécondants d'une (autre ? future ?) relation-agression, mais d'échapper aux hommes » (Bretin, 1990, p. 97).

« Voilà 13 ans ça a été une année charnière pour moi. C'est l'année de cette agression, où je me suis beaucoup renfermée et en même temps j'en n'avais plus rien à foutre de rien ! Euh... Me faire engueuler par mes parents, ça me faisait rien ! » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

Cette période de « *sursis* » a renforcé la distance entre Anne-Laure et ses parents, qui d'après elle ne comprenaient rien. Vers 15 ans, elle a recommencé à avoir une vie sexuelle active, choisissant ses petits copains, mais subissant les rapports sexuels : elle n'en avait pas envie, mais cherchait à se rapprocher des jeunes femmes de son âge. L'absence de désir de relations sexuelles explique en partie pourquoi elle n'a pas cherché à avoir une méthode de contraception/protection. « *J'en n'avais plus rien à foutre de rien* » dit-elle, et elle raconte avoir souhaité « *attraper le sida pour en finir* ». Souhaitant sa mort pour que tout s'arrête, pour ne plus avoir à penser, pour ne plus vivre son agression. On peut se demander à quel point l'absence de contraception et de protection ne sont pas une provocation de son corps pour voir s'il fonctionne encore « *normalement* ». « *L'après de l'après* », comme elle l'appelle, a débuté à 16 ans et demi, lorsqu'elle est tombée amoureuse. Elle ne se considérait plus comme une proie potentielle, ayant confiance pour la première fois en son partenaire.

« J'ai fait un peu n'importe quoi à un moment, je me suis cherchée et je me suis trouvée ! Sur ce que je veux être, ce que je veux faire et tout ! Et savoir m'imposer, le dire, me faire connaître ! Et puis ne serait-ce que sexuellement aussi, je te parle pas du viol mais je te disais que c'était plus subi, aujourd'hui ça m'arrivera plus ! Aujourd'hui on m'imposera rien du tout. » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

Au moment de l'entretien, elle est toujours avec le même partenaire, avec qui elle a le sentiment d'avoir « *construit quelque chose de solide* ». Ce qui constitue une sorte de revanche sur le viol et les autres rapports subis. Elle dit à présent s'imposer, assumer son désir ou son refus. Son déménagement à Paris, loin de ses parents, et sa « *mise en couple* » officielle lui ont permis de se prouver qu'elle pouvait maîtriser, seule, certains pans de sa vie. À travers cet exemple, on comprend que le viol peut être considéré comme un événement marquant, une rupture biographique dans la mesure où il y a un

avant et un après (Laumann, Gagnon, 1994 ; Bozon, 1993b), et qu'il conditionne le futur des individus.

Si lors de son agression, les questions de la grossesse et du sida ont été posées par les animatrices du planning familial, qui lui ont prescrit la contraception d'urgence et fait faire un test de dépistage, Anne-Laure n'y fait pas référence dans sa biographie contraceptive. Comme si les conseils reçus n'avaient de sens que dans le contexte dans lequel ils ont été donnés : suite à une agression sexuelle. Pour Élise, la situation d'abus sexuel et de violence ne lui a pas permis d'envisager réellement la fécondité, dans la mesure où, pour elle, cela s'écartait trop de ce qu'on avait pu lui dire.

« On m'avait dit que pour avoir des enfants, fallait être amoureux... fallait s'aimer. Moi j'étais pas du tout amoureuse, j'avais pas eu du tout envie... Donc je pouvais pas tomber enceinte. » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

Seule Anne-Laure a pris la contraception d'urgence après son viol (sur les conseils du planning familial), tandis que pour les autres, la question ne s'est pas posée car cela était inimaginable : *« Être enceinte ? ! Ça ne pouvait pas arriver (...). J'y ai même pas pensé ! »* explique Nya. L'agression sexuelle est le rapport de pouvoir où la domination masculine prend sa forme la plus dure, la plus sordide, dans la mesure où il crée un contexte de destruction, de négation de la femme (de son identité, de son corps)⁴¹ (Bretin, 1990, p. 99).

La mise en lumière de ces différentes formes de rapports sexuels permettra de mieux comprendre dans quelles circonstances sont utilisées les méthodes de contraception d'une part, et le déroulement de la biographie sexuelle des individus d'autre part. Les jeunes femmes que nous avons rencontrées ont toutes vécu plusieurs formes de rapports sexuels ; fort heureusement, la majorité oscille entre des rapports sexuels souhaités, désirés et acceptés, mais une partie non négligeable des enquêtées déclare avoir concédé au moins une fois un rapport sexuel. S'il est socialement valorisé d'avoir des petits copains pendant sa jeunesse (comme le font sentir le groupe de copines, les parents ou les magazines féminins), la place particulière que prend le partenaire dans une relation sentimentale aide à comprendre comment des jeunes femmes peuvent être amenées à se contraindre à avoir des rapports sexuels. De plus, si les deux partenaires ne donnent pas

⁴¹ La finalité de l'acte est la même que dans la torture, souligne l'anthropologue Louis-Vincent Thomas, « l'anéantissement de la violée par la capitulation de tout son être. Car le viol n'est pas seulement du sexe, il est du moi tout entier. (...) Violer n'est pas seulement maîtriser un corps, c'est le blesser dans ce qu'il a de plus intime pour le souiller, l'anéantir » (Thomas, 1999, p. 165).

la même définition à la relation sentimentale naissante, ce sont plus souvent les jeunes femmes qui se calquent sur la définition de leur petit copain que le contraire ; ce que souligne l'enquête menée aux États-Unis par Katherine Wood, Fidelia Maforah et Rachel Jewkes. « Dans les récits d'initiation sexuelle d'adolescentes, le modèle rapporté en permanence était qu'après environ deux semaines, elles acceptaient les demandes du garçon d'établir une liaison, relatée de la manière suivante : « Il m'a demandé si nous pouvions nous aimer et j'ai dit que j'étais d'accord ». Pour ces jeunes femmes, être d'accord pour s'aimer équivalait précisément à avoir des rapports avec pénétration et à être disponibles sexuellement, une équivalence qui semble venir principalement des hommes qui, ainsi qu'elles le rapportent, avaient dit que les relations sexuelles c'était "l'objet", "l'objectif" de "tomber amoureux" et que les gens "amoureux doivent avoir des relations sexuelles aussi souvent que possible" ; une adolescente par exemple rapportait "il m'a dit que tu étais d'accord pour avoir une relation avec un garçon, tu t'engageais à faire l'amour avec lui". Ces constructions amoureuses, apparemment entièrement définies par les hommes, constituent les raisons majeures pour lesquelles les adolescentes commencent et poursuivent une activité sexuelle » (Wood, Maforah, Jewkes, 1998, p. 236 ; traduction personnelle).

L'engagement individuel dans le rapport sexuel peut être un indicateur pour comprendre l'investissement contraceptif des jeunes femmes, dans la mesure où moins la jeune femme maîtrise et est investie dans le rapport, moins elle dispose de marge de manœuvre sur sa contraception et sa protection. « Dans la plupart des cas, les partenaires féminines savent établir la différence entre ébats sexuels désirés et partagés, coïts par habitude ou pour faire plaisir, et rapports forcés, qu'ils soient accompagnés ou non de brutalités physiques. La sensation de dégoût, la perte d'estime de soi, les sentiments de honte et de culpabilité accompagnent les pratiques sexuelles imposées par un conjoint et ce, de façon répétée ; ces tourments sont d'autant plus vifs que la femme est très amoureuse » (Jaspard, 2005a, p. 73). Cette diversité des rapports sexuels permet de comprendre comment la marge de négociation des jeunes femmes en ce qui concerne la prévention et la contraception est nécessairement liée aux degrés d'investissement et de désir dans lesquels se déroulent les rapports. En effet, comme nous le verrons dans la partie qui suivra, pour comprendre la biographie contraceptive des jeunes femmes, il est obligatoire de tenir compte du contexte affectif de chacune des relations et des relations passées. L'absence de précautions des jeunes femmes n'est pas incompatible avec leurs connaissances des risques liés à un rapport non protégé, puisque certaines ont une

conscience très précise et très forte des dangers encourus (IST, grossesse...). Nous le verrons, ceci peut relever de priorités différentes que celles que les normes véhiculent. La préoccupation d'une partie des jeunes femmes ne se situe pas autour des dangers sanitaires inhérents aux rapports sexuels (même si elles ne l'excluent pas) mais dans leur capacité à modifier le cours et la nature d'une relation. Les jeunes femmes semblent donc effectuer une hiérarchisation des risques lors des rapports sexuels : risque relationnel aboutissant à la rupture de la relation et risque sanitaire aboutissant à une non protection des rapports ; faisant primer l'un ou l'autre selon les cas.

La norme du « tout contraceptif » et du « tout protégé » implique une croyance générale dans la rationalité individuelle. Or les diverses enquêtes menées et les entretiens effectués montrent bien que les précautions prises ne se jouent pas du seul point de vue de l'individu. Il faut tenir compte des différentes contraintes relationnelles qui s'exercent sur le choix de chacun. Si la contraception est une « affaire de femmes », la part des hommes est toutefois très importante dans les modalités pratiques des méthodes choisies ou mises à l'écart. Ainsi, au-delà des représentations des jeunes femmes sur les méthodes contraceptives modernes et des normes encadrant la contraception des jeunes, nous verrons comment les partenaires masculins et les attentes envers la relation entamée qu'ont les jeunes femmes ont un rôle primordial dans la protection et la contraception des rapports sexuels ; ce qui nous aidera à voir comment ils peuvent intervenir (ou non) dans le recours à la contraception d'urgence.

PARTIE III –

« Épreuve » ou « expérience », deux manières de vivre la contraception d'urgence

INTRODUCTION

Travail salarié et maternité coexistent dans les projets des jeunes femmes que nous avons rencontrées. Le travail d'abord, parce qu'elles sont toutes en apprentissage : la majorité est encore scolarisée ; et celles qui exercent une activité professionnelle le font depuis peu. L'accession à un emploi rémunéré est l'une des composantes du passage à la vie « adulte » et aux « responsabilités », dans la mesure où il permet d'accéder en plus d'une autonomie financière à une (certaine voire totale) indépendance à l'égard des parents (dont le lieu de résidence est un exemple récurrent). Pour les jeunes femmes rencontrées, la dépendance à l'égard des parents exclut bien souvent l'idée d'une grossesse ; dans l'idéal, cette dernière nécessite l'indépendance économique qui passe par l'exercice d'un emploi. Même si elles s'estiment souvent trop jeunes pour avoir des enfants « *maintenant* », les jeunes femmes interrogées envisagent toutes de devenir mères (composante essentielle pour être une femme et une « *adulte* », comme nous l'avons vu précédemment). Si le désir de maternité est différé par rapport à l'accès à un emploi rémunéré, ces deux éléments sont bien souvent liés dans les discours des jeunes femmes.

« Bon tu vois, si t'as pas d'enfant parce que t'as trop de travail ou parce que ton travail c'est de bouger à droite à gauche, bah c'est une bonne raison, ça se comprend, mais c'est pas pour ça que t'es pas une femme tu vois ? » (Églantine, 24 ans, styliste)

Pour les jeunes femmes plus âgées ou celles qui sont sorties du système scolaire, l'expression « profiter de la jeunesse » c'est, au-delà des sorties et des relations amicales, avoir une activité professionnelle dans laquelle elles sont très investies et qu'elles ne pourront avoir ensuite, lorsqu'elles seront mères. Les projets qu'elles ont concernant leurs enfants et leur vie familiale sont très précis, et parfois surprenant de rationalité. Toutes (ou presque) ont des désirs d'activité professionnelle, mais l'avenir de la combinaison « travail-enfant » met en jeu la relation du couple, le type d'emploi occupé, les nécessités économiques futures et les difficultés qu'elles pourront rencontrer pour trouver et garder un emploi stable. Les jeunes femmes interrogées prennent du recul par rapport à l'investissement exclusif dans la maternité et accordent une importance non négligeable à leur vie professionnelle. Leur socialisation se marque notamment par la constitution d'une identité à la fois en tant que mère de famille et en

tant que femme exerçant un emploi. La maternité occupe une place prépondérante, mais la pondération n'est pas la même pour toutes. Dans ce contexte, la demande de contraception est une dimension essentielle de ce projet de vie familiale qui intègre la présence de la femme sur le marché du travail. Ainsi, maternité et travail cohabitent dans un même système de normes, ils déterminent et légitiment la demande de la contraception comme ils se déterminent l'un l'autre. Puisque les jeunes femmes sont pour la plupart en fin d'études ou au début de leur vie professionnelle, la gestion de la fécondité leur paraît d'autant plus importante que le temps de la maternité ne leur semble pas « encore » venu. On s'attachera donc, dans la suite de ce travail, à comprendre comment les jeunes femmes « choisissent » leur contraception. Quelles sont leurs représentations sur les méthodes modernes ? Puis, nous tenterons de saisir les niveaux d'implication des partenaires masculins dans l'utilisation de contraceptifs (chapitre 8). Ceci permettra de pouvoir mieux cerner les « échecs » et les « défauts » de contraception auxquels les jeunes femmes doivent faire face et mettra en évidence le lien entre la « bonne entente physique » et la « bonne entente contraceptive » pour que la protection soit optimum. Mais puisque l'ensemble des rapports sexuels ne sont pas contraceptés ni protégés (pour des raisons que nous avons commencé à aborder et que nous verrons aussi ultérieurement), nous chercherons à savoir comment les jeunes femmes gèrent la suite de ces rapports. Autrement dit, on cherchera dans quelles circonstances elles ont recours à la contraception d'urgence (chapitre 9). Saisir les enjeux qui entourent l'usage d'une protection ou d'une contraception lors d'un rapport sexuel contribuera à mettre en évidence l'existence de « *petits arrangements* » contraceptifs qui peuvent s'apparenter à des protections imaginaires. L'analyse des recours à la contraception d'urgence a mis en évidence l'existence de deux manières de vivre cet événement, et les conséquences que cela peut avoir sur la construction identitaire des jeunes femmes. On tentera donc de saisir pourquoi pour certaines jeunes femmes, cette méthode est vécue comme une « *épreuve* » et pour d'autres comme une « *expérience* » (chapitre 10) et quels effets cela peut entraîner sur les pratiques contraceptives ultérieures. Enfin, toujours en s'intéressant à la question de la construction de l'identité, on proposera de voir comment une méthode contraceptive post-coïtale questionne autrement le lien affectif entre les partenaires qu'une méthode anticipatrice, dans la mesure où elle permet de mettre à jour ce qui se joue dans la gestion seule ou à deux d'un « *échec* » ou d'un « *raté* » contraceptif (chapitre 11). Au cours de cette partie, nous verrons combien les partenaires masculins ont une place

centrale dans les pratiques contraceptives des jeunes femmes, même lorsqu'ils en sont écartés ou qu'ils s'en écartent d'eux-mêmes.

CHAPITRE 8 – LA PART DES SENTIMENTS DANS LA BIOGRAPHIE CONTRACEPTIVE

Toutes les jeunes femmes rencontrées ont déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse qui est combinée ou non à une méthode les protégeant des IST, comme les chlamydiae, l'herpès ou le sida (seules infections citées par les jeunes femmes). La norme contraceptive contribuerait à faire croire que le choix du type de contraception/protection est fait par la jeune femme en accord avec son médecin. Ce faisant, elle ne prend guère en compte la relation affective, ni le partenaire. Il s'agira de montrer, dans ce chapitre, les tensions qui résident dans le choix d'une méthode de contraception d'abord par le biais des représentations qu'en ont les jeunes femmes ; puis de saisir à quelles occasions la contraception est évoquée, négociée avec le partenaire et *a contrario* celles où elle n'est pas abordée.

Aujourd'hui, la sexualité ne s'inscrit plus forcément dans une dimension conjugale et elle n'implique pas non plus, de fait, la reproduction, nous l'avons vu. Au début des années 1970, le choix de la méthode de contraception était assez restreint, les femmes devaient choisir entre la pilule (« normodosée »), les préservatifs masculins, le stérilet, les éponges et autres capes ou les méthodes dites traditionnelles. La légalisation de la contraception (en France en 1967-1972) a donné le coup d'envoi d'une médicalisation croissante de la contraception. La question du choix de la contraception s'est donc posée suite à la multiplication des méthodes disponibles. Aujourd'hui, il existe pour les femmes trois types de pilules¹, un stérilet devenu plus efficace et moins contraignant (un modèle récent est d'ailleurs disponible pour les femmes nullipares), mais aussi un préservatif féminin, Fémidon® (en vente depuis 1998 en France), et depuis les années

¹ En 1967, seules les pilules « normodosées » existaient, appelées ensuite « pilules de première génération ». À partir de 1974, les pilules dites de « deuxième génération » (moins dosées en oestrogènes) ont été disponibles. C'est en 1982 qu'arrivent les pilules de « troisième génération », le plus souvent elles sont non remboursées par la sécurité sociale tandis qu'elles présentent des effets secondaires bien plus faibles que les deux pilules précédentes (les pilules de 3^{ème} génération contiennent un nouveau progestatif ayant moins d'effets androgénique : permettant ainsi d'éviter une prise de poids, un accroissement de pilosité ou de l'acné). Dans les pilules de 3^{ème} génération, une nuance a été apportée par la suite entre pilule micro dosées et pilules macro dosées (le dosage hormonal étant différent : pilules uniquement progestatives ou œstroprogestatives plus faiblement dosées..., la ponctualité de la prise étant liée à ce dosage).

2000, les méthodes de contraception hormonale féminine alternatives à la pilule ont été mises diffusées et médiatisées (implant, patch, anneau vaginal).

La connaissance des jeunes femmes à l'égard de ces méthodes est variable et semble influencer sur une éventuelle utilisation. Dans notre corpus, toutes les jeunes femmes ont déclaré connaître la pilule et le préservatif, une grande partie connaît également le stérilet (certaines ont décrit son principe sans réussir à le nommer). On retrouve ainsi des données communes aux tendances plus générales (Bajos, Ferrand, 2005). Par ailleurs, plus de la moitié des 64 jeunes femmes rencontrées a déjà entendu parlé ou a vu un préservatif féminin, enfin une partie a réussi à citer au moins une des trois nouvelles méthodes : implant, patch ou anneau. Concernant les méthodes plus récentes, les connaissances sont plus aléatoires. Cela s'explique en partie par l'accès aux soins dont disposent les jeunes femmes et leur parcours médical, mais aussi par leur accès à l'information (dépendant du milieu social et de l'origine culturelle) et leur niveau scolaire (diplôme et section d'orientation). Lorsque l'on tient compte des différentes variables, le profil des jeunes femmes les mieux informées sont : les Parisiennes, âgées de 20 ans ou plus, issues de classes moyennes ou supérieures, ayant déjà été chez le gynécologue pour une raison contraceptive, ayant été scolarisées (ou étant scolarisées) au lycée général en section scientifique², faisant partie d'un groupe d'amies où il y a des jeunes femmes plus âgées et enfin ayant à disposition une connexion facile à Internet. Ce sont elles qui sont les plus précises quant aux modalités d'utilisation des contraceptifs, qui citent le plus grand nombre de méthodes, et qui sont les plus informées quant aux modalités de paiement et de gratuité. Elles connaissent également plus souvent les lieux de soins disponibles. Ce résultat confirme que des inégalités importantes en termes de connaissances et d'informations persistent.

² Les méthodes de contraception sont au programme du baccalauréat scientifique (S), et une attention particulière est portée aux méthodes hormonales. La contraception d'urgence fait partie du programme.

1. REPRESENTATIONS DES JEUNES FEMMES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES

Saisir le regard des jeunes femmes quand on évoque les principales méthodes de contraception féminines modernes (pilule, stérilet, implant, patch...) pourrait aider à comprendre leurs biographies contraceptives passées et à venir et à interpréter les « *bricolages* » et autres « *petits arrangements contraceptifs* ». Nous nous intéresserons à présent aux représentations qu'ont les jeunes femmes sur les méthodes modernes de contraception : la pilule, le stérilet, l'implant, le patch et le préservatif féminin. Plusieurs enquêtes ont montré que si les jeunes femmes sont nombreuses à se dire informées et à mettre en pratique leurs connaissances sur la contraception, ce n'est pas pour autant que ces méthodes leur conviennent (Mossuz-Lavau, 2003b ; Laveissière, Pelissier, Lê, 2003 ; INPES, 2007). La plupart des enquêtées a utilisé la pilule, le préservatif masculin et/ou quelques méthodes « *à l'ancienne* » tel que le retrait, il y a donc une faible diversité des méthodes contraceptives utilisées. Ceci pourrait s'expliquer en partie par leurs biographies sexuelles, leur niveau de satisfaction à l'égard des méthodes contraceptives mais aussi par leur âge et/ou leur niveau d'étude.

« *La pilule c'est bien, mais c'est quand même une contrainte !* »

Pour les jeunes femmes, la pilule est la première « *vraie* » contraception. Même si toutes ne l'utilisent pas, elles se sont déjà vu proposer la pilule par un proche ou un médecin. La pilule, c'est la contraception des « *femmes* », des « *grandes* » comme le disent les plus jeunes. C'est une méthode rassurante, permettant d'avoir une protection contre les grossesses à chaque rapport sexuel (laissant supposer que ceux-ci sont relativement fréquents). Pour cela, toutes les jeunes femmes ont aspiré (ou aspirent) à avoir recours à la pilule pour pouvoir être reconnues comme « *femmes* » à part entière, ayant une sexualité active et supposée régulière, marquant la possibilité d'être enceinte. L'opinion des jeunes femmes rencontrées sur la contraception orale reste dans l'ensemble très positive et la plupart d'entre elles sont convaincues de son efficacité. « Les femmes pensent, dans leur grande majorité, que la pilule préserve leur liberté (84 %), qu'elle est bien adaptée à des rapports sexuels réguliers (83 %), qu'elle est

pratique (74 %) et discrète (82 %). » (Laveissière, Pelissier, Lê, 2003, p. 227)³. Dans notre enquête, on retrouve les mêmes avantages (Laveissière *et al.*, 2003) signalés par les jeunes femmes interrogées : la pilule est une méthode très fiable, facile d'utilisation, sans effets secondaires majeurs, remboursée par l'assurance maladie, et dont la réversibilité est totale (ne nécessitant pas d'intervention médicale, contrairement à l'implant).

« Ma pilule, elle est dans mon sac, dans une boîte toute petite. Elle se voit pas. Même moi des fois j'ai du mal à la retrouver. Ce qui est bien, c'est que personne peut savoir que tu la prends alors que le patch... ça se voit. Moi j'aime bien parce que c'est discret comme méthode : tu prends ton cachet, t'avales et hop c'est réglé. C'est vraiment pas plus compliqué que ça » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Si c'est une méthode facile à utiliser pour Ludivine, elle met en avant la presque invisibilité de son utilisation dont elle est seule responsable. Ni les parents, ni les partenaires ne peuvent le savoir si la jeune femme ne le souhaite pas. La pilule permet ainsi aux femmes de renverser la balance de la domination puisque seule la femme est maîtresse de son choix, parents et partenaires ne peuvent donc pas s'y opposer dans la mesure où c'est à la femme de la prendre et qu'elle seule peut le faire.

Certaines y voient une forme d'inégalité avec les hommes (« *Pourquoi ne prennent-ils pas la pilule, eux aussi ?* » ont demandé plusieurs enquêtées), mais la plupart ne seraient pas prêtes à déléguer cette méthode à leurs partenaires, considérant qu'« *ils ne sont pas assez responsables* ». Elles refusent l'idée d'une dépendance contraceptive à l'égard de leur partenaire qui pourrait leur être préjudiciable dans la mesure où ce sont les femmes qui « *paieraient le prix des oublis dans ces cas-là, puisque c'est les femmes qui tombent enceintes* » résume Églantine. « *On ne peut pas faire confiance à un homme sur ces choses-là* » disent plusieurs enquêtées.

³ Toutefois, l'enquête « Les Français et la contraception » menée par l'INPES montre que près d'un quart (22 %) des Français et 34 % des jeunes de 15-20 ans interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile (22 %) et fait systématiquement grossir (24 %). 50 % des Français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant [ce qui est à mettre en relation avec les refus des médecins de poser un stérilet aux femmes n'ayant pas eu de grossesse]. Cette enquête montre que de nombreuses lacunes persistent sur le cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptives : 53 % des Français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64 % qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle. Enfin, plus alarmant, parmi les jeunes, un sur dix âgé de 15 à 20 ans, « n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des infections sexuellement transmissibles » soulignent les auteurs (INPES, 2007). [Enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007 (échantillon construit selon la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille après stratification par région et catégorie d'agglomérations)].

Mais malgré les nombreux avantages énoncés, des jeunes femmes ont un regard critique sur cette méthode contraceptive. Les inconvénients qu'elles soulignent peuvent expliquer, au moins en partie, leurs réticences à l'utiliser et leur recours à la contraception d'urgence. Pour ces jeunes femmes, la pilule est « *une contrainte* » en raison des conditions d'utilisation (délais horaires, prescription). La méthode ne leur a pas été proposée, on ne leur a pas donné de choix. Une seule et unique méthode leur a été conseillée, en raison de leur « jeune » âge et de leur vie sexuelle supposée.

« Le médecin, il m'a dit : bon, il faut la prendre [la pilule] et tout... Au cas où, le préservatif si je le mets pas et tout... Mais c'est un truc, la pilule, ça m'a jamais... Je la prenais, je l'arrêtais, après je la reprenais et je l'arrêtais encore... Je l'oublie deux jours... et c'était complètement le bordel. C'est pour ça l'implant bah je suis tranquille ! » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Et elle poursuit en insistant :

« La pilule c'est bien pour certaines, mais c'est quand même une contrainte pour les femmes (...). Moi ça ne me correspond pas » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

L'utilisation de la pilule rend la femme « *unique responsable* » face à une grossesse non souhaitée, comme on peut le comprendre lorsque certaines se considèrent « *fautives* », « *coupables* » après avoir oublié un comprimé. Et si la majeure partie des jeunes femmes rencontrées utilise la pilule, un grand nombre l'a déjà oubliée au moins une fois. Cela pose ainsi la question de l'adhésion⁴ des jeunes femmes à la méthode contraceptive qui leur est prescrite. La contraception peut être alors vécue comme un poids supplémentaire que les jeunes femmes doivent porter. S'il ne semble pas y avoir d'effets secondaires suffisamment gênants pour justifier d'en arrêter l'utilisation, les jeunes femmes sont pourtant nombreuses à insister sur ceux-ci, qu'elles considèrent souvent sous-estimés et « *sous-écoutés* » par les médecins.

« J'ai quand même pris 3 kilos avec la pilule... Le médecin me dit que c'est pas ça... sauf que j'ai rien changé à mon alimentation, ma vie c'est la même... Le seul truc qui a changé ce sont les comprimés. Donc à moins que je sois folle, c'est bien la pilule qui me fait grossir. Mais c'est pas pour ça que je vais l'arrêter. J'ai pas envie de retourner aux préservatifs, ça non » (Alexandra, 22 ans, chômeuse)

Il semble que les nouvelles compositions des comprimés aillent dans le sens d'une meilleure tolérance de la part des femmes : aucune ne parle de perte d'appétit ou de

⁴ On préférera parler d'« adhésion » plutôt que de « compliance » à propos de l'observance de la contraception par les jeunes femmes, autrement dit de leur capacité à respecter les prescriptions médicales, dans la mesure où il semble pertinent de mettre en avant les individus et la dimension subjective. La notion d'adhésion met l'accent sur la dimension subjective, rappelle Alain Abelhauser *et al.* dans la mesure où il est important de souligner « le fait qu'un sujet doive y mettre du sien pour se prêter à ce qu'on lui demande » (Abelhauser *et al.*, 2001, p. 80).

boulimie, de baisse de la libido ; nausées et maux de têtes sont également absents des descriptions. Seul le poids continue d'être un effet secondaire⁵. Une enquête montre que des effets, même modérés, notamment la prise de poids et les *spottings*⁶, sont en effet souvent signalés et ressentis comme intolérables (Laveissière, Pelissier, Lê, 2003, p.225). Si la pilule n'est pas la méthode utilisée par toutes les jeunes femmes aujourd'hui, c'est en partie en raison des rumeurs et des « *légendes urbaines* ». Les effets secondaires supposés sont que la pilule fait grossir, facilite les problèmes cardiovasculaires, engendre l'angoisse et l'anxiété, modifie le rythme alimentaire, et a des conséquences sur la libido. On retrouve ici les effets secondaires des pilules de première génération et les craintes récurrentes liées à une contraception hormonale. Il y a donc un changement dans le discours des femmes. Si « les générations plus âgées ont vécu l'arrivée de la pilule comme une libération, nombre de jeunes de la fin des années 1990 la vivent comme une contrainte insupportable, un "casse-tête", quelque chose à quoi il faut penser tous les jours même si on est dans une fête, une soirée etc. » (Mossuz-Lavau, 2003b, p. 106). On assiste donc à un changement dans le discours des femmes.

« *Le stérilet, ça rend stérile* »

Pour les enquêtées, le stérilet est la contraception des femmes ayant déjà eu des enfants. Il s'agit d'une contraception pour les mères, comme le dit Justine.

« Le stérilet c'est pour les mamans. C'est pas pour les jeunes. Tout le monde le dit (...). Eh bien mes copines elles le disent, et puis l'infirmière du collège aussi. Un jour elle est venue dans la classe et puis elle nous a dit que la pilule c'est pour les jeunes et que le préservatif c'est pour le sida... et le stérilet c'est pas pour les jeunes sinon ça peut faire des complications et on pourra plus avoir d'enfants » (Justine, 15 ans, 3^{ème} BEP)

Si les jeunes femmes rencontrées ne l'utilisent pas, c'est que les médecins n'abordent pas la question du stérilet avec des jeunes femmes nullipares et surtout refusent de le

⁵ « Chez les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 19 ans, la majorité (55 %) pense que la pilule est mal tolérée, les effets indésirables potentiels étant souvent ressentis avec une acuité toute particulière et estimés « insupportables » dans cette tranche d'âge. En revanche, la notion de prise de poids sous pilule est appréciée de la même manière dans toutes les tranches d'âge : globalement, 38 % des femmes pensent que cette prise de poids est réelle. La moyenne d'une prise de poids dite « acceptable » par les femmes est de l'ordre de 1,5 kg. Parmi les rumeurs qui, dans le passé, ont attribué à la pilule certains effets néfastes, comme une stérilité ou un défaut de croissance chez les adolescentes, 3 à 4 % des femmes n'ont pas évolué à cet égard en 2001 et pensent encore que ces effets peuvent être attribuables à la pilule. Ces proportions ne varient pas en fonction de l'âge et restent stables même chez les très jeunes femmes. Au total, les femmes ont plutôt une bonne opinion de la pilule, mais ne sont pas encore satisfaites de sa tolérance malgré les progrès accomplis : elles redoutent en particulier la prise de poids » (Laveissière, Pelissier, Lê, 2003, p. 222).

⁶ « *Spotting* » : petits saignements entre les règles.

leur prescrire sous prétexte d'un plus grand risque infectieux (supposant que les femmes jeunes ont des partenaires multiples). Par ailleurs, les rumeurs persistent : nombreuses sont les jeunes femmes à dire que le stérilet est « *très risqué* » en raison des complications et des infections.

« *Le stérilet c'est conseillé d'en avoir un quand on a déjà été enceinte... parce que c'est quand même dangereux... et à la fin si ça se passe mal tu peux être stérile...* »
(Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Se projetant massivement dans un avenir maternel, elles expriment presque toutes le désir d'avoir la possibilité de « *faire un enfant* ». Aussi, elles ne peuvent « *prendre le risque d'être stérile à 18 ans* » dans la mesure où la construction de l'identité féminine passe, en partie, par la projection dans la maternité. On constate donc que dans le même temps, la stérilité temporaire est recherchée (pratique contraceptive massive) et la stérilité définitive crainte. Contrairement à la pilule, à l'implant ou au patch, le stérilet fait rarement l'objet de discussions entre pairs. En tant que méthode contraceptive, il est destiné aux « *femmes-femmes* », « *à celles qui ont déjà eu des enfants* » d'après les jeunes femmes, qui ne se sentent donc pas concernées (y compris celles à qui les médecins l'ont proposé après un avortement). Parmi celles qui ont déjà entendu parler du stérilet ou qui en ont parlé, il semble que les effets secondaires (douleurs, crampes, saignements) réels ou supposés soient très dissuasifs. Ainsi, même s'il peut prévenir plus de 99 % des grossesses non désirées et fournir une contraception permanente une fois en place, il n'a été proposé à aucune jeune femme et n'a été demandé par aucune d'entre elles (notons que toutes les jeunes femmes rencontrées ignorent que le stérilet peut être une méthode contraceptive post-coïtale).

« *Les autres méthodes, elles sont trop futuristes* »

Très peu informées sur les contraceptions les plus « récentes », les jeunes femmes interrogées paraissent assez réticentes à utiliser des méthodes qu'elles jugent « *trop futuristes* ». La plupart des jeunes femmes ne connaît pas les nouvelles méthodes de contraception, une certaine partie est en mesure d'en citer une (implant) ou deux (implant, anneau⁷). Concernant l'implant (que plusieurs appellent « *la pilule sous la peau* » ou « *la pilule dans le bras* »), les jeunes femmes craignent l'incision dans le bras et l'absence de contrôle contraceptif personnel qu'impose cette méthode.

⁷ Les entretiens ont été réalisés entre 2003 et 2005, aucune jeune femme ne semblait avoir entendu parler de l'anneau vaginal contraceptif. Pour cette raison, l'anneau sera absent de cet exposé sur les représentations des femmes quant aux méthodes contraceptives.

« Les implants ? ouais ! Bah à ce qu'il paraît c'est pas très efficace parce que tu sais pas... Chaque femme, tu sais pas combien ça va écouler de produit dans ton corps et tout ça. Ouais c'est pas encore sûr. On n'est pas sûr que chaque jour, ça débite du petit machin. C'est l'infirmière qu'en a parlé ! » (Edwige, 15 ans, lycéenne)

Si les jeunes femmes reprochent à la pilule hormonale ses conditions d'utilisation et idéalisent une méthode dont elles n'auraient pas à s'occuper, elles sont pourtant nombreuses à rejeter l'idée de l'implant dans la mesure où il s'agit d'un contraceptif qui s'impose à elles. Les attentes des jeunes femmes et les méthodes disponibles ne sont donc pas aussi simples à gérer qu'il n'y paraît. Sinon les méthodes ne nécessitant qu'un investissement personnel très partiel seraient favorisées. Or, ne rien maîtriser et laisser le corps médical seul face à leur corps semble en freiner plus d'une ; d'autant que le contexte médical impose d'une certaine manière une responsabilisation de la femme dans sa pratique contraceptive. Parmi les enquêtées, très peu connaissent quelqu'un qui a un implant ; ce qui n'en facilite pas l'utilisation. La marginalité de cette méthode désigne, en creux, des femmes « privées » de l'accès aux modalités dominantes du contrôle de la fécondité, ou des femmes « incapables » de gérer leur contraception. Il n'est donc pas de bon ton d'être originale dans sa contraception.

L'originalité du patch contraceptif rend les jeunes femmes méfiantes quant à son taux d'efficacité. En tant que méthode qui « passe à travers la peau », le patch les laisse bien souvent très sceptiques : « comment du contraceptif entre dans le sang par la peau ? » se demande une jeune femme rencontrée au cours d'une séance de groupe au planning familial.

« J'ai vu ça aux infos, mais je sais pas si ça marche vraiment bien. Faut attendre les différentes expériences et tout (...). Moi je pourrais pas, j'aurais pas confiance, sous la douche ça peut partir et tout alors non. Au moins un cachet je suis sûre que tu l'avales et qu'il ressort pas au moins... c'est déjà ça ! » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Le manque d'information est criant : aucune jeune femme ne sait combien de temps il faut garder le patch, elles ne savent pas si les utilisatrices ont encore leurs règles, elles n'ont aucune idée du prix et se demandent comment faire pour aller à la piscine ou à la plage avec. Certaines font par ailleurs des rapprochements avec d'autres patches (comme ceux destinés au sevrage de la cigarette) et expliquent que si ceux pour la nicotine ne fonctionnent pas (vu le nombre de fumeurs qui reprennent), rien n'indique que ceux-ci fonctionneront (le risque de grossesse est très surestimé). Les conséquences de

l'inefficacité potentielle sont jugées « *trop graves* » par les jeunes femmes⁸ ; pour elles, il est moins « *grave* » de continuer à fumer que d'être enceinte sans le désirer. Avant même de se poser la question des effets secondaires ou des risques liés à la méthode, c'est le taux d'efficacité qui est ici bien plus important. Méthode trop moderne : nombreuses sont celles qui pensent, comme Sandra, que la méthode est encore en phase de test et qu'il faut attendre pour s'assurer de son action.

Quant à l'anneau vaginal, très peu de jeunes femmes savent qu'il existe. Lorsqu'elles en ont déjà entendu parler, elles ignorent tout de son fonctionnement, de son utilisation. Aussi, bien souvent en fin d'entretien, lorsque la méthode contraceptive est évoquée avec l'enquêtrice, l'idée de s'introduire un anneau de plastique dans le vagin paraît rédhibitoire. Ce que l'on retrouve également à propos du préservatif féminin.

Le préservatif féminin⁹ (Fémidon ®) est la dernière méthode que les jeunes femmes souhaiteraient utiliser, malgré les nombreux avantages que présentent les plaquettes d'information (autonomie de la femme, prévision du rapport sexuel, méthode liée à l'acte, sans hormones, meilleure protection des IST...). La faible utilisation de cette méthode par les jeunes s'explique, au-delà de la pose qui nécessite une certaine connaissance de son corps, par son prix et sa disponibilité. En effet, les préservatifs féminins sont commercialisés par packs de 3 et coûtent environ 9 euros (contre environ 20 centimes d'euros pour 1 préservatif masculin) ils sont vendus exclusivement dans les pharmacies (gratuits dans les CPEF ou au MFPPF par exemple), contrairement aux préservatifs masculins qui sont eux vendus également en supermarchés. Ce constat permet d'expliquer en partie la désaffection pour le Fémidon® par les jeunes femmes. Le reste s'explique par les avis péjoratifs récurrents qui convergent tous : l'aspect du préservatif féminin repousse les potentielles utilisatrices.

« J'ai pas essayé ! J'en ai vu un en cours, en éducation sexuelle au lycée... bah ça fait un peu bonnet de bain quand même (rires). Je sais pas, ça doit bloquer un peu... ça doit faire du bruit... Je sais pas moi ça me viendrait pas à l'idée de mettre ça. Non ! » (Karine, 19 ans, étudiante éducatrice spécialisée)

Ensuite, au-delà de sa présentation extérieure, plusieurs aspects entrent en ligne de compte. Tout d'abord le faible potentiel sexuellement excitant inhérent à cette méthode repousse, comme tente de le faire comprendre Isabelle.

⁸ Le prix trop élevé et le non remboursement sont aussi à prendre en compte comme des freins à son utilisation.

⁹ En France, la procédure de commercialisation du préservatif féminin a commencé en 1991, il est légalement autorisé depuis 1998. Si sa diffusion est assurée, en revanche il est toujours extrêmement difficile et souvent hors de prix de se procurer des préservatifs féminins en pharmacie.

« [Le préservatif] féminin j' trouve que c'est pas très très sexe, enfin (rires) j' suis désolée mais je (rires) c'est pas très très sexe quoi ! ... Heu (rires) pour un cunni c'est pas top (rires)... Enfin j'imagine quand même, enfin je sais pas j'ai pas essayé ça mais j'imagine quand même... » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

Ensuite, c'est la nécessité de le poser soi-même (se l'introduire dans le vagin) qui « rebute » les enquêtées, comme Fanny qui compare la pose du préservatif féminin à celle du tampon hygiénique ou Aurélia qui n'arrive pas à voir comment elle peut faire « entrer » ce « gros truc » dans son vagin.

« Ça a pas une tête engageante ! Déjà t'as pas envie de te mettre un Tampax... alors là... » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

« Je l'ai ouvert avec des copines et je me rappelle qu'il y avait un gros truc comme un bracelet et je me suis dit que c'était énorme (...). Déjà faut se le rentrer et puis après...! » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Dans l'ensemble, les jeunes femmes rencontrées craignent que le préservatif féminin « reste bloqué à l'intérieur », ou que son aspect « coupe l'envie » à leurs partenaires et à elles-mêmes. Si elles ont toutes un avis sur la méthode, aucune n'a pourtant essayé le préservatif féminin. Près de la moitié en ont déjà vu un, et parmi celles-ci, presque toutes l'ont examiné minutieusement avec des copines.

Les partenaires masculins sont mis à distance dans la découverte des nouveaux moyens contraceptifs féminins : aucune jeune femme n'a regardé « même pour rigoler », un préservatif féminin avec son petit ami. Il semblerait que les jeunes femmes n'arrivent à rire de leur intimité qu'avec des individus de même sexe, partageant des valeurs similaires ; on peut se demander si le fait d'avoir « le même corps », c'est-à-dire d'avoir « toutes un corps de femme » ne faciliterait pas la discussion, au risque de laisser perdurer certaines idées fausses. Les premières découvertes contraceptives se font entre pairs de même sexe. Les « parties intimes » du corps ne peuvent faire l'objet de rigolades et de questionnements qu'entre pairs qui le partagent, de manière à ne pas entrer dans des détails qui pourraient être gênants. Il semble par ailleurs que les jeunes hommes confient plus souvent ou plus précisément leurs questions sur le corps et la contraception à des femmes (Ferrand, 1991 ; Ferrand, Mounier, 1993 ;1998). Dans la mesure où les jeunes femmes les découvrent entre elles, elles prennent le risque de ne pas utiliser de nouvelle méthode par désir de conformité au groupe. Le pouvoir de conviction de la majorité est, ici aussi, très important puisque si certaines ont dit avoir été intéressées un temps par l'implant, les avis de leurs amies ont beaucoup compté dans leur non choix pour cette méthode ; il en va de même pour le patch. L'analyse des

représentations féminines des méthodes contraceptives modernes souligne combien la contraception est encore une « affaire de femmes ».

Les jeunes femmes privilégient des méthodes ayant fait leurs preuves, peu convaincues par les nouvelles méthodes « *trop modernes* », « *trop futuristes* » à leur goût, dont elles ont entendu parlé de ci de là, mais sur lesquelles elles ont rarement bénéficié d'informations fiables. Ainsi, comme le rapporte l'enquête « Les Français et la contraception » (INPES, 2007), parmi les Français qui connaissent les nouvelles méthodes, un sur deux ne connaît pas la durée d'effet du patch contraceptif (qui est d'une semaine), ni de l'anneau vaginal (un mois), tandis que près de six Français sur dix (59 %) ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant contraceptif (trois ans). « Ce manque d'informations sur le sujet explique en partie le faible usage des « nouveaux » contraceptifs chez les Français », notent les auteurs. Il semble donc que les méthodes « *à l'ancienne* » (retrait, calcul des jours...) aient encore une longue vie devant elles, puisque utilisées par les jeunes femmes pour pallier à un oubli (ou une absence) de pilule ou de préservatif.

2. « CHOISIR » UNE METHODE CONTRACEPTIVE

Les représentations liées aux différentes méthodes de contraception expliquent en partie les décisions des jeunes femmes. L'efficacité prouvée de la pilule par les générations précédentes donne davantage confiance aux jeunes femmes, le stérilet fait « *peur* » car il pourrait rendre stérile. Les nouvelles méthodes sont souvent associées à une période probatoire, et les jeunes femmes ne veulent pas « *servir de cobayes* ». Pour des raisons différentes, les réticences les plus fréquentes sont envers le patch et le préservatif féminin, nous l'avons vu. Mais les modalités d'utilisation interviennent également dans le choix de la contraception. Si pour certaines le fait de ne rien maîtriser de leur contraception, « *que tout se fasse tout seul* », est un rêve, d'autres appréhendent de perdre une certaine autorité et autonomie sur leur corps au profit d'une contraception toujours plus efficace¹⁰.

¹⁰ Ce qui rejoint l'analyse d'Olivier Schwartz : « on peut voir dans le refus du médecin et du médical et du médicament (pilule) une forme de résistance contre tout ce qui évoque la prise des institutions sociales sur le corps. La pilule, le médicament, c'est le médecin, c'est l'intrusion inquiétante de l'« autre » dans le seul monde dont on soit complètement sûr » (Schwartz, 1990, p. 215).

Aujourd'hui, le choix et l'usage de la « bonne contraception » semblent aller de soi : toute femme sexuellement active en capacité de procréer doit, si elle ne désire pas d'enfants, utiliser la méthode qui correspond à son âge et à ses pratiques sexuelles. Les méthodes modernes et médicales de contraception, très valorisées par les professionnels, impliquent une mise à l'écart et une stigmatisation des femmes ayant recours à des méthodes plus naturelles, plus traditionnelles. Le choix de la méthode de contraception est dépendant des professionnels de santé rencontrés qui, en tant qu'experts, ont une influence importante sur les prises de décision des profanes. Malgré la nouveauté de certaines méthodes, la faible médiatisation ainsi que les réticences des médecins et/ou gynécologues à les prescrire expliquent en partie leur faible utilisation ainsi que les *a priori* négatifs des jeunes femmes.

L'analyse des discours montre que la pilule est bien souvent considérée comme l'unique contraception alternative au préservatif masculin, même si elle ne correspond pas toujours à la vie des jeunes femmes. Agnès prend la pilule depuis plusieurs années, elle s'y est « *habituée et ne l'oublie pas souvent* », la posologie de sa pilule lui permettant de la prendre le lendemain matin en cas d'oubli la veille au soir.

« À un moment on enlevait [le préservatif] parce que moi j'ai toujours continué de prendre la pilule mais on enlevait le préservatif. Quand la relation elle dure, bon parce que c'est quand même plus agréable de faire l'amour sans préservatif et moi en plus j'avais des problèmes parce que le latex m'irrite ! Mais ouais préservatif et pilule ! (...) Bah avec Raphaël on était protégés, mais j'ai eu des problèmes de capote... Mais sinon nan j'ai jamais eu des rapports non protégés non protégés y a toujours eu pilule ou préservatif ! Je suis une fille sérieuse (...). Je l'oublie rarement... très rarement... Oublier un soir ça m'est déjà arrivé mais dans ces cas-là je la prends le lendemain matin ! (...) Ça coûte cher ! Trois plaquettes c'est 20 euros, elle est pas remboursée par la sécu... C'est une micro dosée parce que la grosse fumeuse que je suis c'est pas bien... » (Agnès, 21 ans, serveuse)

Agnès dit être une « *fillette sérieuse* » dans la mesure où elle a toujours utilisé un préservatif aux débuts de ses relations, l'associant avec la pilule, mais l'enlevant après un certain temps de relation. Elle souligne son adhésion à la norme contraceptive. « Le terme « enlever » le préservatif mérite notre attention, explique Sharman Levinson, car ce terme est très fréquent pour désigner l'abandon de ce recours préventif. Les jeunes ne semblent pas conscients du fait que l'emploi de ce mot a quelque chose d'incongru. Comme si l'on suppose que le préservatif est « toujours là » jusqu'à ce qu'on l'enlève. En effet, dans bon nombre d'histoires, le préservatif semble être une défense, une cuirasse [...] que l'on ne peut enlever qu'après avoir assumé les risques d'une exposition. Ce qui implique « pas tout de suite » et « pas avec n'importe qui ». Si l'utilisation « la première fois » a un caractère presque rituel, la pertinence de la

décision de l'abandonner dépend du discernement des partenaires, de leur capacité à savoir en qui et quand on peut faire confiance » (Levinson, 2003, p.151). Et si la pilule ne paraît pas être la « *meilleure méthode* » à Agnès puisqu'elle fume, ce n'est pas pour autant qu'elle envisage d'arrêter de fumer ni d'arrêter de prendre la pilule (elle prend une pilule microdosée qui coûte plus cher mais qui est « *mieux pour les fumeuses* » dit-elle). Plusieurs autres jeunes femmes ont, elles, pris la décision d'arrêter la pilule au profit de la cigarette et ont réutilisé de manière systématique des préservatifs : il est en effet plus facile d'arrêter la pilule que la cigarette, la première ne posant pas de problème d'addiction.

Maria utilise la pilule « *depuis longtemps* » ; cela fait huit ans qu'elle prend la pilule quotidiennement. Elle est inquiète des conséquences à long terme de la contraception hormonale orale sur sa fertilité.

« Je la prends toujours aujourd'hui, j'ai pas eu le temps de l'arrêter. Je suis restée avec Julien et après j'étais avec Stéphane un an après Julien donc voilà ! Et ça va faire 4 ans du coup ! Donc je suis sous pilule depuis 8 ans là en fait ! (...) Je connais pas trop les implications physiques, je me dis qu'il faut que je me renseigne, faut que j'aille chez la gynéco là maintenant ça fait un an. Moi ça me dérange pas, j'aime bien prendre la pilule, je sais j'en avais parlé avec une copine et elle ça l'énerve d'avalier un truc, moi c'est complètement intégré. Juste ce que je sais pas, c'est si ça a des répercussions au niveau de la fertilité. » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Ses questions sur la pilule et ses effets secondaires supposés ont été ignorées lors de sa dernière visite médicale, le médecin présupposant qu'elle venait pour une « reconduction d'ordonnance ». D'autres utilisatrices partagent la même inquiétude que Maria, influencées par les rumeurs et autres bruits de couloirs qui voudraient qu'une femme utilisant trop longtemps la pilule ait des difficultés par la suite à être enceinte ; mais peu de jeunes femmes modifient leur pratique contraceptive ; ce qui pose la question de l'utilisation d'une méthode non souhaitée par les jeunes femmes. Parmi celles ayant fait une demande de changement auprès d'un professionnel, plusieurs se sont retrouvées « *face à un mur* » s'opposant à toutes les autres méthodes, présentées comme inadaptées aux jeunes (anneau) nullipares (stérilet) peu expérimentées (préservatif féminin). Ceci souligne à quel point la démarche contraceptive relève en premier lieu d'une prescription qui obéit d'abord à une logique médicale (chapitre 6.2). « L'inadéquation éventuelle de la contraception prescrite par rapport au contexte dans lequel se trouve la femme est rarement envisagée : c'est à la femme de se conformer à la prescription » (Bajos, Ferrand, 2005, p. 119) ; c'est également le cas dans d'autres prescriptions telles que celles dédiées aux séropositifs. Mais, le plus souvent, les

soignants ne tiennent pas compte dans leurs prescriptions d'une variable clé pour les jeunes femmes : leur relation amoureuse et l'investissement du partenaire.

Lilly a grandi dans une famille d'origine libanaise composée de son père et de son frère (sa mère a été absente tout au long de son adolescence). La sexualité tout comme la contraception n'ont jamais fait l'objet de conversation « c'était tabou la sexualité » dit-elle. Lilly a eu plusieurs relations « amoureuses » et de nombreuses relations brèves (l'année avant l'entretien, elle a tenté de compter ceux avec qui elle a couché et a dénombrer 47 « amants »). Lors de son premier rapport, elle a eu recours au préservatif avec son amoureux du moment, William. Puis, quelques temps après, sur proposition de William, ils ont décidé d'arrêter le préservatif. Ils avaient discuté auparavant du nouveau moyen qu'ils allaient utiliser, il lui a conseillé la pilule et ce fut également son choix. « *Je l'ai fait de mon plein gré* » insiste t-elle. William l'a « *briefée* » sur la pilule, car, selon elle, il était mieux informé. Aussi, sur les conseils de celui-ci, elle s'est rendue au planning familial pour se faire prescrire la pilule ; l'objectif était de ne mettre aucune barrière à leur amour (le préservatif en étant une pour William). Par ailleurs, elle trouvait cela « *normal* ».

« Je sais qu'il [William] m'a conseillé la pilule... ça oui ! Et puis on en a parlé aussi ! On en a parlé... Il m'a dit "ça serait bien que tu la prennes" mais j'ai pas du tout ressenti ça comme une demande, ni comme une prière. C'était... Je l'ai fait de mon plein gré... J'étais pas obligée... je pensais ça normal ! » (Lilly, 23 ans, comédienne)

Si Lilly dit avoir choisi de prendre la pilule, il s'agissait moins d'un choix que d'une fatalité : c'était pour elle l'unique contraception « *normale* » dans le cadre d'une relation amoureuse. En conséquence, la question n'était pas celle d'un choix parmi plusieurs méthodes, mais plutôt celle de quand commencer à prendre la pilule. Suite à la rupture de sa relation avec William, Lilly a arrêté la pilule (qu'elle nomme la « *contraception amoureuse* ») et n'a plus utilisé que le préservatif.

« J'en avais marre de la prendre tous les jours, j'en avais marre et puis voilà ! J'en avais marre d'aller chez la gynéco pour ça et tout ! Donc voilà ! Et je crois que c'est la période où j'avais plus le droit d'aller au planning, que j'ai arrêté la première fois de prendre la pilule...[majeure elle ne pouvait plus bénéficier de la gratuité]. Et puis, j'ai repris après en allant chez la gynéco, je crois... Et puis, il y avait eu une rupture entre nous à un moment donné, et c'est là que j'ai arrêté de prendre la pilule et j'ai pas recommencé après. » (Lilly, 23 ans, comédienne)

La rupture entre Lilly et William a entraîné un arrêt de sa contraception quotidienne, cela ne se justifiait plus selon elle : n'ayant plus de rapports sexuels, elle ne voyait pas la raison de continuer. Cette interruption de contraception a été renforcée par les

contraintes d'accès à la contraception : majeure, elle ne pouvait plus bénéficier de la gratuité des soins et de la contraception au planning familial, et le rendez-vous gynécologique représentait une difficulté économique (elle ne pouvait pas demander d'argent à son père pour sa pilule, celui-ci ignorant que sa fille avait une vie sexuelle). La rupture du lien amoureux a entraîné la rupture contraceptive. Lilly a ensuite tenté de reprendre la pilule avec son partenaire suivant, mais leur relation n'a pas suffisamment duré, c'est avec lui qu'elle a commencé à ne rien utiliser (sous prétexte de confiance). L'exemple de Lilly permet d'illustrer combien biographie contraceptive et biographie sentimentale sont imbriquées.

Mais ses difficultés à prendre la pilule ne s'expliquent pas uniquement par sa biographie affective. Peu de temps après sa rupture avec William, Lilly a exercé un « job » de serveuse : les changements permanents d'emploi du temps sont devenus difficilement conciliables avec une prise assidue de la pilule. La pilule correspond, selon elle, aux jeunes femmes ayant un certain rythme de vie (très régulier au moins pendant un cycle) ; elle a pourtant tenté de se fixer un horaire strict comme ses copines : prendre la pilule en se couchant (comme le conseillent les médecins¹¹) ; la prise pouvait avoir lieu entre minuit et dix heures du matin. Les changements d'horaires de travail, modifiant les heures de lever et de coucher, ont largement contribué aux nombreux oublis de Lilly.

« En fait, 6 mois je l'ai prise... j'ai arrêté... Puis il m'est jamais arrivé de merder. Après je suis devenue de plus en plus inconsciente et de plus en plus oublieuse... Je la prenais encore quand j'étais avec Yvan et après... Comme j'allais à droite à gauche, je me suis dit que j'allais arrêter de la prendre et que ça allait m'obliger à prendre le préservatif... Ça m'a pas trop obligée... Ça a été aussi un échec. J'aurais jamais dû me lancer ce défi-là... » (Lilly, 23 ans, comédienne)

Son parcours met en évidence les tensions entre les prescriptions médicales favorisant une utilisation optimale de la pilule et du préservatif et sa contraception réelle, vécue comme un « échec ». Ne réussissant pas à imposer le préservatif, pour ne pas avoir à interrompre le rapport d'une part, mais aussi parce qu'elle ne se voyait pas imposer une méthode à un « partenaire de passage », Lilly a arrêté la pilule pour s'obliger à demander le préservatif à ses partenaires. La nécessité contraceptive et protectrice l'aurait justifié. Ce fut un échec révélant son incapacité à négocier le préservatif dans toutes les occasions.

¹¹ Tous tentent de conseiller aux jeunes femmes de « ritualiser » le moment de la prise de pilule : le faire toujours au même moment pour que cela deviennent un automatisme, moins facilement oubliable ; par exemple : prendre sa pilule après s'être lavé les dents (le matin ou le soir), le faire avant de se coucher, la poser à côté de son réveil ou encore le faire avant ou après le moment du repas (du soir), faire sonner son téléphone portable à heure fixe pour ne pas oublier...

Cette période, qui a duré trois ans, s'est achevée peu de temps avant l'entretien, par deux avortements successifs à trois mois d'intervalle et la pose d'un implant contraceptif suite au second avortement. Lilly n'a pas caché ses difficultés à prendre la pilule aux professionnels de santé rencontrés. Au contraire, elle leur a dit qu'elle « *n'arrivait pas à respecter les heures* » mais ils ont continué de la lui prescrire, comme si c'était l'unique méthode adéquate. L'obstination de la prescription de la pilule l'a amenée à culpabiliser d'autant plus qu'elle n'arrivait pas à être « *ponctuelle dans [sa] prise* ».

« J'ai eu un avortement médicalement très douloureux, j'ai eu mal pendant une semaine après l'avortement. Et euh... l'inconsciente que je suis ne prend pas euh si j'ai repris la pilule je l'ai oubliée parce que j'y pensais jamais. C'est pas une habitude que j'avais. J'avais pas d'horaires fixes dans ma vie. Je pense que c'est plus facile quand on a un boulot, et quand on a des horaires fixes... Quand on rentre à la maison et qu'on a un horaire à chaque fois. Je me couchais jamais à la même heure, je me levais jamais à la même heure, enfin j'avais une vie complètement irrégulière et trois mois après, rebelote ! » (Lilly, 23 ans, comédienne)

À la suite de son premier avortement, l'équipe médicale n'a pas cherché à comprendre le contexte relationnel, ni les changements de rythme de vie de Lilly, ni à questionner sa pratique contraceptive. Le médecin lui a prescrit la pilule automatiquement, partant du principe qu'il s'agit de la meilleure méthode pour les femmes jeunes. Ceci rejoint les conclusions faites par l'équipe COCON, qui constatait que « le corps médical, en donnant priorité à l'efficacité théorique, oublie souvent que la contraception s'utilise dans un cadre relationnel particulier, où il est nécessaire de prendre en compte le partenaire. » (Bajos, Ferrand, 2005, p. 119). Lors de son deuxième avortement, Lilly a rencontré une gynécologue qui a pris le temps de l'écouter raconter sa vie sexuelle, amoureuse, contraceptive et sociale pour adapter sa prescription ; celle-ci cherchant à lui éviter d'interrompre une grossesse une nouvelle fois.

« Je suis tombée sur une gynéco extra, euh je lui ai dit que c'était mon deuxième avortement en trois mois, et elle m'a dit qu'il y avait un problème et dans ma vie sexuelle. Enfin, dans la façon dont j'ai géré ça, et je lui ai dit que moi cette contraception ne me correspond absolument pas la pilule, j'y pense pas, je l'oublie et tout, d'autant qu'on m'a donné une pilule micro, micro dosée... Donc on l'oublie une fois on peut tomber enceinte quoi, c'est ce qu'elle m'avait dit... Et bon je sais que j'ai pas été sérieuse [après sa première IVG] je suis pas retournée à l'examen de contrôle. J'y suis jamais retournée après mon [premier] avortement. Donc avec cette gynéco-là, elle m'a dit qu'après l'avortement moi je vous propose un Implanon. Et c'est un implant contraceptif. Elle m'a expliqué comment ça fonctionnait, et que ça durait trois ans. Et je lui ai dit c'est ce que je veux ! Parce que je suis pas assez responsable dans ma tête, enfin par rapport à ça en tout cas, prendre la pilule tous les jours j'y arrive pas... Donc je me suis fait à nouveau avorter, et médicalement assister aussi et puis après, elle m'a mis l'implant. » (Lilly, 23 ans, comédienne)

La prise en compte par la seconde gynécologue du contexte des relations sexuelles de Lilly a permis une reconnaissance de sa vie sexuelle telle qu'elle était. Le médecin a trouvé une méthode contraceptive adaptée au rythme de vie et aux désirs de Lilly (que ce ne soit pas une contrainte quotidienne). La reconnaissance par ce gynécologue de sa vie sexuelle et du reste de sa vie tels qu'ils étaient et non tels qu'ils auraient dû être a contribué à une meilleure gestion de la protection et de la contraception par la suite. Depuis la pose de l'implant, Lilly a utilisé des préservatifs. Comme si le fait d'avoir été écoutée et non, comme elle a pu le penser, méprisée en raison de sa vie sexuelle très active, lui avait permis de déculpabiliser et de se prendre en main, de se préoccuper de sa contraception plutôt que de subir à chaque fois la méthode de son partenaire. Pour Lilly, maintenant que sa responsabilité contraceptive est « *réglée grâce à l'implant* », il importe de prendre les choses en main et de ne plus « *avoir des grosses frayeurs* ». Aussi, en plus de la contraception, elle prend en main la protection et n'a plus de rapports non protégés¹².

Ces tensions entre la biographie contraceptive réelle des individus et la biographie contraceptive espérée par le corps médical met en lumière la norme de la « bonne » contraception, très prégnante dans notre société, qui a des conséquences notables sur la biographie sexuelle et contraceptive des individus.

La norme de la « bonne contraception »

À écouter les pratiques médicales à travers les récits des jeunes femmes rencontrées, il semble que l'utilisation des diverses méthodes de contraception dépende surtout de la position dans le cycle de vie, c'est-à-dire que la contraception serait fonction de la biographie sexuelle et reproductive des individus (les dimensions économiques, sociales et culturelles sont souvent occultées). La pilule, en tant que méthode hormonale réversible, est devenue l'apanage des femmes les plus jeunes, le stérilet celui des plus âgées (Leridon *et al.*, 2002). Cette norme se construit à travers des pratiques et des temporalités prescrites : « il y a le bon moment et les bonnes conditions pour avoir son premier rapport sexuel, comme il y a le bon moment et les bonnes conditions pour avoir un enfant et, pour chacun de ces moments, il y a une « bonne contraception » : préservatif, préservatif et pilule, pilule, stérilet » (Bajos, Ferrand, 2005, p. 118). Cette

¹² On peut se demander si le sujet de l'enquête n'a pas orienté les réponses des jeunes femmes, qui ont axé leurs propos sur la contraception plutôt que sur la protection.

norme contraceptive est associée à la norme d'entrée dans la maternité et d'attente de l'enfant, car supposant que les femmes disposent de tous les « outils » et « techniques » modernes pour leur contraception, toute grossesse devient nécessairement souhaitée, désirée et dans une certaine mesure programmée. « La diffusion des méthodes médicales de contraception, dont l'efficacité est théoriquement absolue, s'accompagne du développement d'un nouveau modèle de fécondité, celui où la naissance d'un enfant au moment adéquat est devenue une aspiration positive. » (Bajos, Ferrand, 2001, p. 102). La maternité et l'arrivée d'un enfant doivent se faire dans le cadre d'un couple stable d'un point de vue affectif et financier. Les jeunes femmes rencontrées doivent donc concilier les différentes dimensions de leur identité, alors pour la plupart, la contraception s'impose. Dans ce contexte, la question de la contraception se pose peu, voire pas, elle s'impose aux femmes ; ces dernières n'ont de marge de manœuvre que sur la méthode à adopter¹³. Si, pour la plupart, le temps de la maternité est repoussé, c'est d'abord par nécessité de terminer leurs études (avant tout autre engagement) ; pour les autres, il s'agit de différer le temps de la maternité pour trouver un emploi ; ces deux impératifs se combinant avec l'âge socialement valorisé pour avoir un enfant, comme nous l'avons vu. À ces arguments fréquents amenés par les jeunes femmes, on peut ajouter le souhait de « profiter de sa jeunesse », le manque de ressources financières pour assumer un enfant, mais aussi l'impression de ne « pas être assez responsables » ou de « manquer de maturité ». Le report de la maternité s'explique également dans les relations que les jeunes femmes entretiennent avec leur entourage. Le fait d'avoir une biographie amoureuse instable est évoqué comme un frein et l'anticipation d'une modification des relations avec les parents est envisagée avec une grande appréhension, comme le font entendre bien souvent les jeunes femmes dans les entretiens lorsqu'elles utilisent des expressions telles que « mes parents me tueraient si j'étais enceinte » ou encore « je veux pas décevoir ma mère » et « je veux pas inquiéter mes parents ». Enfin, l'avis des médecins et autres soignants rencontrés a un impact lourd sur la décision des jeunes femmes, les professionnels estimant bien souvent qu'elles n'ont pas encore atteint le « bon âge » pour une maternité.

¹³ « Le passage d'une maternité *subie* à une maternité *volontairement et totalement contrôlée* correspond à la production d'une « norme contraceptive ». Les femmes qui ne prennent pas de contraception alors même qu'elles ne désirent pas être enceintes sont alors considérées comme « déviantes » » (Bajos, Ferrand, 2001, p.102).

La pilule est donc utilisée « *parce qu'il le faut* », et est une charge supplémentaire qui pèse sur les femmes et dont les hommes sont exemptés (Bajos, Ferrand, 2005) au même titre que les menstruations. Néanmoins, les jeunes femmes rencontrées adhèrent massivement (au moins théoriquement) à la norme contraceptive et sont la plupart du temps en mesure d'en donner les étapes. Pour les jeunes qui sont nées à partir des années 1980, la contraception n'est plus le fruit d'une victoire longtemps attendue et chèrement acquise, mais davantage une contrainte à laquelle les femmes doivent se conformer¹⁴. Mais l'adaptation de leur contraception à leur biographie sexuelle souligne les limites de cette norme puisqu'on constate une tension entre les pratiques « valorisées » par les professionnels et les pratiques réelles des individus. En effet, connaître les « bonnes étapes » de la biographie contraceptive ne suffit pas, les jeunes femmes sont nombreuses à adapter leurs connaissances au contexte relationnel : certaines prônent le tout préservatif, mais ont pratiqué parfois le retrait « *parce que c'était plus simple* ». Cette tension entre les savoirs et les pratiques des individus est sensible entre les discours des jeunes femmes et ceux des professionnels, lesquels restent encore trop souvent imperméables aux arrangements contraceptifs en ne valorisant qu'une seule et unique « bonne contraception ». Ceci nous amène à reprendre le constat d'Howard Becker à propos des normes concernant le comportement sexuel, qui sont élaborées, selon lui, « sans considération des problèmes de l'adolescence » (1985, [1963] p. 40). L'auteur poursuit en expliquant que « les adolescents se trouvent plutôt entourés de normes faites par des personnes plus âgées et rangées. Cette situation est tenue pour légitime parce que l'on considère que les jeunes ne sont ni assez sages ni assez responsables pour élaborer correctement les normes qui les concernent » (Becker, 1985, [1963], p. 41).

Pour comprendre les pratiques contraceptives des jeunes femmes, il est nécessaire de prendre en considération à la fois la norme de la bonne contraception, le pouvoir du

¹⁴ Rappelons que les nouvelles générations de femmes n'ont pas vécu les luttes féministes des années 1970. Elles remettent moins en cause l'idée de la « *bonne contraception* » que le tout hormonal des contraceptions médicales actuelles. La pilule est considérée comme un « *médicament* » dont le dosage est « *fort* », surtout dans le contexte actuel plus large d'une grande attention portée au corps et à la santé (comme on peut le voir par l'attrait pour les produits biologiques et l'intérêt pour les médecines douces).

corps médical sur la santé des femmes et enfin le contexte relationnel et sentimental, dans lequel se trouvent les individus et la pression sociale qui les enserre¹⁵.

3. L'INTERVENTION DES HOMMES DANS LA DECISION DE LA CONTRACEPTION

Le choix et l'utilisation de la méthode contraceptive sont fortement corrélés au contexte affectif dans lequel ont lieu les rapports sexuels. Dans l'objectif de voir comment se pose (ou ne se pose pas) la question de la contraception entre les partenaires, il s'agit de saisir quand et comment les partenaires élaborent les discussions et les décisions sur le type de contraception et/ou de protection qu'ils utiliseront. Il s'agira donc ici de prendre en considération la part des hommes dans les choix des méthodes contraceptives. Bien que la pratique contraceptive « soit d'abord considérée comme une « affaire de femmes », dans nombre de situations, le choix d'une méthode se fait souvent en fonction des préférences du partenaire, soit qu'il ait exprimé clairement ses réticences à l'égard d'une méthode (notamment du préservatif), soit que la femme anticipe ses réactions, par intériorisation de sa propre responsabilité ou par manque de confiance dans celle du partenaire » (Bajos, Ferrand, 2001, p. 103). Ainsi, si le choix d'une contraception par la femme est présenté comme ne dépendant que d'elle (et qui en fera la seule responsable en cas de problème), il résulte pourtant souvent d'une négociation avec le partenaire ; et lors des discussions, nous verrons que la femme n'est pas toujours en position de faire prévaloir son point de vue (Bajos, Ferrand, 2005).

Les jeunes femmes rencontrées disent discuter plus souvent de leur contraception/protection avec leurs pairs qu'avec leurs partenaires ; par exemple, le récit de la première fois peut amener à comparer les premières contraceptions des différents membres du groupe, et donner lieu à des débats entre copines. Les méthodes sont alors estimées, hiérarchisées et certaines sont rejetées. Mais lors du passage à l'acte (anticipé ou non), le partenaire est plus ou moins sollicité. Tout se passe donc comme si dans les premiers temps de la relation affective, lors des rapports sexuels, le recours au préservatif était tellement « *normal* » qu'il ne devait faire l'objet d'aucun commentaire

¹⁵ L'étude des représentations des jeunes femmes sur les méthodes contraceptives et de la norme contraceptive a permis d'aider à comprendre ce sur quoi s'opère une partie des choix contraceptifs, et ainsi de commencer à comprendre les pratiques anticonceptionnelles. Mais les choix contraceptifs et les pratiques contraceptives des jeunes femmes ne peuvent se comprendre sans étudier les relations qu'elles entretiennent avec leurs partenaires. En effet, dans les entretiens, les jeunes femmes ont bien souvent souligné l'importance de leurs partenaires pour expliquer le choix pour telle ou telle méthode.

par les partenaires (le préservatif est une obligation tacite pour que le rapport ait lieu) et ce, lors de chaque nouvelle relation. L'implicite et l'obligation sous-entendue du préservatif sont parfois une source d'incompréhension et de tension entre les partenaires. Les autres méthodes font davantage l'objet d'une information ou d'une discussion entre les partenaires ; ainsi, « le processus décisionnel peut se construire dans un contexte d'accord/désaccord entre les partenaires pouvant les amener à des négociations éventuelles débouchant sur un consensus ou au contraire sur une décision unilatérale. Les désaccords pourront s'exprimer sous la forme de tensions ou donner lieu à des ajustements négociés ou contraints selon la situation concrète, les rapports de force en jeu et les ressources de chacun » (Donati, Cèbe, Bajos, 2002, p. 116).

Nous verrons successivement les situations au cours desquelles les jeunes femmes discutent et/ou négocient leur contraception, puis les moments où cela se complique, et enfin les cas où la marge de négociation est faible voire inexistante. On tentera de distinguer les différents moments où les partenaires abordent la question de la contraception. On pourra également s'interroger sur la nature des informations échangées : s'agit-il d'un discours général sur les méthodes anticonceptionnelles, ou de propos spécifiquement liés à la situation présente ?

3.1. Une décision prise « par avance »

La question de la contraception est centrale dès les premiers rapports, bien qu'elle soit peu abordée entre les partenaires. Dans les débuts de la biographie sexuelle, l'aspect technique des rapports sexuels est plus appréhendé que la gestion de la contraception/protection. Lors des rapports suivants, la question se pose davantage. Partant de l'hypothèse que les discussions et les décisions sont liées au contexte relationnel ainsi qu'à la temporalité, nous établirons une nuance entre la contraception liée à l'acte et la contraception le précédant.

Prendre la pilule et assurer ses arrières, informer son partenaire

La pilule et l'implant sont les seules contraceptions « modernes » utilisées avant le rapport¹⁶ par les jeunes femmes rencontrées (le stérilet n'a été prescrit à aucune d'elles¹⁷ tout comme le patch et l'anneau). Prendre la pilule hors du cadre d'une relation amoureuse, c'est décider à l'avance de son type de contraception ; c'est s'assurer également que si préservatif il y a, ce ne sera pas une « catastrophe s'il craque » puisque la pilule pourra assurer le contrecoup. Les méthodes contraceptives utilisées hors du contexte relationnel permettent aux jeunes femmes de maîtriser une partie de la situation, de se sentir en position de force, comme on le voit dans l'exemple de Maria.

« En fait en prenant la pilule, je me protège... Bah tu vois, quoi qu'il se passe ça limite les risques. Je sais que je peux pas tomber enceinte alors déjà c'est un problème réglé. Après j'avoue, je le dirais pas forcément au mec. Sinon c'est trop facile. Non faut qu'il s'inquiète un peu. C'est un bon test de voir si le mec il pose la question, s'il se préoccupe de ces choses-là ou s'il s'en fout et qu'il veut juste tirer un coup. Si le mec il demande pas, moi je le dirai pas. Ou en tout cas pas avant. Comme ça, ça le force à mettre un préservatif... enfin je me dis que c'est un peu plus dissuasif. » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce).

Maria se protège personnellement d'une grossesse non prévue et impose sa méthode à ses partenaires sans pour autant les en informer. Cette méthode lui permet d'opérer un choix entre ceux qui sauront, parce qu'ils s'en sont préoccupés, et ceux qui resteront dans le doute, car ils n'auront jamais posé la question. À son dernier partenaire, Maria a dit qu'elle prenait la pilule suite à une de leurs discussions, mais elle ne lui a pas demandé son avis. Elle l'en a informé et ce dernier ne pouvait aucunement se soustraire à son choix. Les méthodes non liées à l'acte, telles que la pilule ou l'implant, permettent aux jeunes femmes de vivre la relation sexuelle plus sereinement (même si le risque d'infection n'est pas maîtrisé). Comme l'explique Maria, grâce à la discrétion de ces méthodes, les partenaires n'en sont informés que si la jeune femme le juge opportun. La mise en couple peut donner lieu à une nouvelle discussion sur les méthodes contraceptives, et le partenaire peut alors choisir de s'impliquer dans une méthode pourtant considérée comme exclusivement féminine telle que la pilule (par exemple en payant la pilule).

¹⁶ La méthode du calcul des dates s'effectue en amont du rapport sexuel puisqu'il s'agit de compter les jours dès le début du cycle, mais elle n'est pas retenue ici en raison de son inutilisation par les jeunes femmes de l'enquête.

¹⁷ Karine est la seule jeune femme de l'enquête qui a fait la demande d'un stérilet suite à son avortement. Elle devait se le faire poser la semaine suivant l'entretien. Même parmi celles qui ont avorté, aucune n'a pu bénéficier du stérilet, les spécialistes rencontrés s'y opposant formellement.

« Quand on s'est mis ensemble avec mon copain, on a beaucoup parlé de la contraception. C'était la première fois que je rencontrais un mec aussi impliqué dans les questions de femmes. C'était rigolo. Alors il m'a expliqué qu'il voulait participer à la contraception, parce que je prenais déjà la pilule. Je lui ai demandé s'il voulait prendre les comprimés pour rigoler (rises) et on a conclu qu'une fois sur deux c'était lui qui paierait ma pilule. Bon j'avoue ça marche pas à tous les coups parce que j'y vais souvent toute seule à la pharmacie. Mais quand il y pense, il paie, et c'est toujours agréable je trouve » (Juliette, 22 ans, étudiante en licence de LEA)

Comme le soulignait Hélène Bretin, « les modalités et conditions d'accès au corps des femmes relèvent d'une responsabilité qu'elles assument seules. Si les hommes sont acquis au principe de la contraception, ce sont les femmes qui la prennent en charge. Situation qui n'est pas forcément problématique en soi car elle constitue une forme de pouvoir » (1990, p. 134). L'usage de la pilule peut être évoqué entre les partenaires, mais reste néanmoins dépendant de la volonté des jeunes femmes : ce sont elles qui décideront en dernier recours si oui ou non elles prendront la pilule ; si oui ou non elles se feront poser un implant. Dans cette mesure, les jeunes femmes peuvent faire basculer le rapport de pouvoir : elles sont en position de force, dans la mesure où ce sont elles qui imposent leurs choix, et peuvent choisir d'en « *informer* » leurs partenaires ou de garder le secret. Mais pour les jeunes femmes, faire savoir « *comme ça* » que l'on a une contraception, dire « *gratuitement* » que l'on prend la pilule, c'est prendre le risque d'apparaître, aux yeux des autres (et plus particulièrement de son partenaire), comme une « *fille facile* », toujours prête pour un rapport sexuel, puisque se donnant les moyens de faire l'amour sans risque. L'annonce de l'utilisation d'une contraception, et plus particulièrement de la pilule, n'est donc pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire, les jeunes femmes ayant à se protéger de l'image qu'une femme contraceptée est une femme disponible. Comme le soulignait Erving Goffman, « des signes qui veulent dire telle chose au sein d'un groupe peuvent fort bien avoir un sens différent au sein d'un autre groupe, sans que change la catégorie désignée, mais seulement sa catégorisation » (1975 [1963], p. 62). Ainsi, une jeune femme qui prend la pilule peut paraître aux yeux de certains une « *fille facile* » (qui désire avoir des rapports sexuels) ou une « *fille responsable* » (qui assume sa contraception). Cette opposition peut rendre difficile l'annonce de la contraception, car il est difficile pour les individus d'anticiper les interprétations de leurs partenaires. Si les jeunes femmes prennent le risque d'être

discréditées¹⁸ en annonçant qu'elles prennent la pilule, c'est aussi l'occasion de tester leurs partenaires et leurs relations.

Il semblerait donc que les questions sur la contraception se posent lorsque la jeune femme n'utilise pas de contraception quotidienne personnelle en amont de la relation (pilule, implant) ; lorsqu'elle n'a pas informé son partenaire qu'elle avait une contraception ; ou encore lorsque la jeune femme et son partenaire décident ensemble de ne pas/plus utiliser de préservatifs.

Les méthodes associées à l'acte, une discussion possible

En dehors de la pilule et de l'implant, les autres méthodes utilisées par les jeunes femmes sont liées à l'acte (préservatif, retrait...). Parfois un peu avant, parfois au moment des premières caresses et préliminaires, les partenaires cherchent à s'informer sur les expériences sexuelles passées de l'autre, ceci leur permettant de saisir d'une part le degré de confiance et d'ouverture à l'autre et, d'autre part de doser le risque d'exposition au sida et aux autres IST. Au-delà de la seule couverture contraceptive (et protectrice), lors de ces discussions, ce sont les bases de la relation sentimentale qui sont en jeu : authenticité et réciprocité sont recherchées.

« Au début on n'en parlait pas trop et puis quand les câlins ont commencé à être plus poussés, bah on a commencé à se poser les questions. Genre et avant t'étais avec qui ? Et c'était comment ta première fois ? Et ta copine, elle prenait la pilule ? Quand est-ce qu'elle a rencontré tes parents ? Et tout ça... c'était un peu un bilan d'avant. En fait je crois qu'on voulait tous les deux savoir où on mettait les pieds. J'avoue c'est de la confiance en fait, parce que tu peux pas vérifier ce que dit l'autre... Mais en même temps tu le sens. Et donc bon on a discuté et tout... et on a parlé des manières dont on s'était protégés et si on avait déjà fait un test pour le sida, et il m'a dit un truc comme « oui et t'inquiète pas j'ai des préservatifs »... et c'est vrai que ça m'a rassurée, ça a mis les choses au clair. » (Estelle, 24 ans, étudiante en maîtrise de chinois)

Dans les premiers temps d'une relation, le préservatif est bien souvent pour les deux partenaires « une histoire de principe » (chapitre 7), dans la mesure où il permet que le rapport se déroule « dans les règles de l'art » ; il est d'autant plus important lorsque la jeune femme n'a pas de protection personnelle. Myriam a eu son premier rapport avec Julien, « avec qui [elle] était depuis quelques mois ». Très informée par sa mère (laborantine) sur les divers moyens de contraception et sur la nécessité de protection

¹⁸ On rejoint en cela l'analyse proposée par Erving Goffman, pour qui « très souvent, l'individu discréditable délimite ses risques en divisant le monde en deux groupes : l'un, nombreux, auquel il ne révèle rien, et l'autre, restreint, auquel il dit tout et dont il espère le soutien. » (Goffman, 1975, [1963], p.116).

(elle apprendra plus tard que son père est séropositif), le préservatif était une évidence pour elle.

« Y avait une ambiance, tu vois ce que je veux dire, ma daronne elle m'en parlait vachement, elle me calmait bien sur les trucs. Et puis y avait tout le temps des préservatifs sur mon bureau... vu que ma mère était au courant bah y avait une espèce de : bon la contraception, c'est très important. Et moi sur le coup j'avais... enfin ça m'interpelait pas. Je me disais pas y a un problème... Je me disais juste « ma mère fait attention ». » (Myriam, 18 ans, lycéenne)

La mère de Myriam connaissait Julien, elle insistait régulièrement sur l'importance de la contraception et de la protection dans les rapports sexuels, ce qui pour Myriam était une marque d'attention. À parité d'inexpérience, ils avaient parlé, avec Julien, du déroulement de leur premier rapport avant qu'il ait lieu ; tous deux envisageaient d'utiliser un préservatif, mais formuler oralement cette exigence commune leur a permis de se « rassurer ».

« La première fois, c'était préservatif ! C'est lui [qui en avait]. Mais bon, on en avait parlé et on avait dit : "si jamais on le fait, bah faudra des préservatifs. Ça sera difficile de le mettre en pleine action, mais faudra le mettre quand même". Et c'est clair ! Y a pas eu de problèmes. (...). Ça m'a fait du bien qu'on en parle... Parce que je savais pas comment lui dire et tout sinon. Et puis au moment de... voilà, ça aurait été trop difficile ! » (Myriam, 18 ans, lycéenne)

Le préservatif n'a pas été négocié, mais utilisé parce que Myriam ne prenait pas la pilule, et surtout parce qu'il « *fallait faire comme ça* » : il faut commencer ses relations sexuelles avec le préservatif (si ce n'est pour l'aspect contraceptif, au moins pour la dimension protectrice). Les exemples de Myriam et Estelle permettent de comprendre comment, lorsque les partenaires évoquent la question de la contraception/protection avant leur rapport sexuel, ils appréhendent moins ce moment, et peuvent s'organiser en conséquence : s'arranger sur celui qui « *ramènera des préservatifs* » et sur le moment pour les sortir et le mettre en place. Mais on remarque, dans le récit des jeunes femmes rencontrées, que la gestion de la contraception en amont du rapport a lieu le plus souvent entre partenaires inscrits dans une relation amoureuse, où la discussion a une place importante dans la construction du couple.

La contraception peut faire l'objet d'une réelle négociation entre partenaires : les avantages et inconvénients de chaque méthode sont pris en compte. S'engage ensuite un jeu d'argumentation pour persuader l'autre du bien-fondé de la méthode mise en avant.

« Quand on s'est mis ensemble, on utilisait des capotes. Et un jour on a commencé à rigoler sur les préservatifs féminins et tout, parce qu'une copine m'en avait filé un... Et là on a commencé à discuter de si on changeait... Lui il trouvait ça chiant que ça soit toujours lui qui mette des préservatifs. Et donc je lui ai dit : « ok on change, mais on fait quoi ? » Et donc là il m'a dit « bah y a la pilule ». Alors on a regardé sur Internet mais c'était pas très motivant les trucs genre préservatif féminin, gels et tout. Mais ce que j'ai aimé c'est qu'on en a vraiment parlé, on a vachement rigolé aussi. C'est libre ça entre nous. C'était bien. Donc c'était un peu genre « moi je préfère ci » et l'autre « moi je préfère ça ». Fallait qu'on trouve la méthode qui faisait qu'on soit d'accord tous les deux. (...) Finalement on a choisi de continuer un peu avec le préservatif, et puis moi je devais m'informer pour la pilule. Parce que c'était le truc qui nous semblait le mieux. Lui il avait tenu pendant 1 an avec le préservatif, moi je dois tenir 1 an avec la pilule. Et puis dans un an on en reparlera ! (rires). Je pense qu'il faut vraiment que chacun y voie un truc bien. (rires). » (Angélique, 24 ans, étudiante en DESS d'urbanisme)

Angélique et son petit ami ont donc étudié les différentes méthodes de contraception, comme une étude de marché, avec les plus et les moins de chaque méthode. Pour qu'aucun ne se sente lésé, ils ont pris en compte leurs désirs et leurs attentes. Le petit ami joue alors un rôle de rappel et fait penser à Angélique de prendre sa pilule, en lui envoyant un texto le soir par exemple.

« Tu vois regarde [elle me montre un SMS sur lequel est écrit « Fé d bo rêves ma chérie. Oubli pas ta pilule. À demain. JTM. Ton doudou »]. Ça me fait du bien quand il y pense aussi. Et puis des fois ça sert parce que t'as le droit d'oublier toi des fois. Et là paf, ça t'évite de te retrouver dans la mer... mouise ! » (Angélique, 24 ans, étudiante en DESS d'urbanisme)

On peut toutefois se demander si à la fin de l'année de pilule, son petit ami sera d'accord pour utiliser à nouveau des préservatifs. Le « retour » au préservatif semble difficile à imaginer dans la mesure où il est signe d'une relation naissante et non d'une relation durable et qu'il comprend une dimension « protectrice » qui n'a plus lieu d'être dans une relation amoureuse longue, où la fidélité est très importante.

Les principes d'authenticité et de réciprocité sont valorisés et la parité d'inexpérience semblerait aider le désir commun d'égalité. Toutefois, toutes les jeunes femmes ayant des relations amoureuses n'ont pas discuté de leur contraception avec leurs partenaires (il semblerait que ce soit plus fréquent dans ce type de situation). Dans le cadre de relations plus « brèves » ou dans lesquelles au moins un des deux partenaires ne se projette pas, il semble que les discussions soient moins fréquentes, et la contraception peut passer au second plan des préoccupations (après la protection par exemple). Par ailleurs, quel que soit le type de relation entretenue, il semble que lorsque la contraception n'a pas fait l'objet d'une discussion avant le rapprochement intime des

corps, il soit difficile pour les jeunes femmes de revenir en arrière et avoir une discussion « froide » sur des aspects qui peuvent paraître plus techniques.

3.2. « *Sous la couette, ton cerveau il fonctionne plus pareil* »

Malgré les exemples précédents, il ne faut pas croire que la contraception soit « le » sujet de discussion lors d'une rencontre amoureuse ; en effet, les partenaires passent plus de temps à discuter et à s'informer sur d'autres dimensions de la vie de l'autre que sur celui-ci. Par ailleurs, les jeunes femmes rencontrées ont des histoires parfois successives et la majorité a déjà eu au moins deux partenaires sexuels. Compte tenu de leur âge et de leur situation de vie (une grande partie vit chez ses parents), les occasions des rapports sexuels ne sont pas toujours fréquents et prévisibles (chapitre 7) aussi lors des rapports sexuels, les partenaires n'ont pas toujours le temps de s'interroger mutuellement sur la contraception de chacun (le préservatif peut être utilisé comme mode de contraception et pas toujours comme une protection). Contraintes de faire face à la situation au moment du rapport sexuel, les jeunes femmes rapportent que « *sous la couette, ton cerveau il fonctionne plus pareil* » (pour reprendre l'expression de Fanny). Il est ici sous-entendu que la rationalité et les « principes personnels » sont relégués à plus tard, car une fois « sous la couette », les corps sont trop engagés pour que le rapport soit interrompu. Le rapport sexuel est peu prévisible, aussi lorsqu'il a lieu, il est difficile pour les partenaires de se poser la question fatidique : « *Tu as un préservatif ?* », « *Comment on fait ?* » ou encore « *Tu mets un préservatif ?* », sans prendre le risque de « *stopper l'élan* ». Pour les jeunes femmes, on peut en discuter avant de « *le faire* » ou lors des premières caresses, mais « *Quand on s'est fait des câlins trop poussés, c'est trop tard* » affirme Fanny. Au début, la relation qu'elle avait avec Stéphane était amicale, puis s'est mis en place un jeu de séduction qui s'est concrétisé au fur et à mesure par des caresses. Petit à petit, leurs jeux sexuels « *sont devenus plus poussés* » et les caresses plus intimes ; mais elle pensait qu'ils ne « *le feraient pas* » car il était « *officiellement* » en couple. Fanny fut donc surprise par la suite des événements. Lors de « *la première fois, on risquait pas d'avoir de préservatif, on n'avait pas prévu* » dit-elle, et à propos des rapports suivants elle explique qu'ils ne devaient pas avoir lieu et donc qu'une contraception/protection n'avait pas fait l'objet de discussion. Ils n'avaient jamais parlé de préservatif ni de pilule avant leur premier rapport, et au moment où la question pouvait se poser, c'était déjà « *trop tard* » selon elle : ils étaient en train de « *le* » faire. « C'est semble-t-il la précipitation, le caractère

non prémédité de l'acte qui prédisposent à ne pas se protéger. Pris dans le "feu de l'action", les deux protagonistes "submergés par le désir" seraient alors moins enclins à prendre les précautions nécessaires » remarquent également Didier Le Gall et Charlotte Le Van (2007, p. 147).

« Tu sais, y a un moment au lit où ton cerveau il fonctionne plus pareil. Ouais, sous la couette, ton cerveau il fonctionne plus pareil... Sur le moment j'étais contente mais euh... au niveau théorique des accords entre nous c'était pas censé arriver là. À chaque fois il me disait on arrête là, et puis je lui disais « je suis ok, c'est pas une très bonne idée » (...).Ça me faisait chier qu'on s'arrête à ce moment-là [en plein milieu du jeu sexuel] pour la mettre [la capote] donc on n'arrêtait pas et voilà. C'est surtout après en fait qu'il faut encaisser, sur le moment ça va (rires) » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Ni Fanny ni Stéphane ne refusent le préservatif. C'est davantage une gêne d'interrompre le rapport sexuel et le refus de rompre le charme romantique du rapport pour s'accorder sur un aspect plus technique, tels que la méthode contraceptive ou le risque d'infections sexuellement transmissibles, qui sont des freins. Stéphane et Fanny ne s'imposent rien, aucun des deux n'est d'accord pour reporter le rapport sexuel pour des raisons contraceptives. La faible (ou l'absence de) concertation sur la méthode contraceptive est significative des premiers temps de la relation : s'il s'agit de ne pas enlever la « magie » de ce moment spécifique (que sont les premières fois pour le couple), il faut néanmoins ensuite « rectifier le tir » ou de « revenir dans le droit chemin » en adoptant une méthode fiable quand « on n'est plus aveuglé par l'excitation ou la passion » (Fanny). Lorsque les méthodes contraceptives n'ont pas fait l'objet de discussions avant le rapport sexuel, chaque partenaire choisit seul : la jeune femme prenant la pilule se raccroche à sa contraception, celle n'ayant aucune méthode « croise les doigts » ou « croit en [sa] bonne étoile » ; le jeune homme décide ou non de mettre un préservatif. Dans les relations courtes, qu'Aurélia appelle « les mecs d'un soir », ce sont les partenaires qui mettent des préservatifs.

« En général, les mecs d'un soir, ils mettent des capotes. Les gens que tu connais pas je veux dire. Ouais, j'ai presque toujours mis des capotes avec les mecs que je connaissais pas. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Les partenaires d'un soir assurent le plus souvent la protection mais on peut se demander à quel point ils n'assurent pas exclusivement leur protection personnelle. En effet, en utilisant un préservatif, les jeunes hommes se protègent eux-mêmes à la fois d'infections sexuellement transmissibles et d'une grossesse de leur partenaire. Il est possible de se demander s'ils imposent cette méthode dans l'intérêt des deux partenaires ou uniquement dans le leur, chacun ayant alors à assumer les conséquences de son acte.

Ainsi, cela fonctionne comme une règle sur laquelle s'appuient de nombreuses jeunes femmes pour déléguer la responsabilité : « *C'est lui le mec, c'était à lui d'utiliser un préservatif, moi je trouve ça normal* » (Aurélia). Il revient donc à l'homme d'assurer la protection des deux partenaires. Lorsque le jeune homme ne se protège pas, il semblerait que bien souvent le rapport sexuel se déroule sans protection ni contraception. La question de la contraception/protection n'est quasiment jamais abordée entre partenaires d'un soir, chacun devant prendre ses responsabilités, sachant que la suite est incertaine, voire impossible. Basées sur une recherche de plaisir momentané, l'avantage des relations d'un soir est de ne pas avoir d'attachement particulier à l'autre, « *on ne doit rien à l'autre* ». Par conséquent, il est difficile d'exiger quelque chose en retour. Ainsi, chacun passe à l'acte en connaissance de cause et doit composer avec les règles du jeu sexuel qui demeurent bien souvent officieuses. Dans le cas de Fanny comme dans celui d'Aurélia, on remarque que la difficulté d'aborder la contraception/protection au moment du rapport sexuel, lorsque les partenaires sont nus sous la couette, s'explique par le fait qu'ils se trouvent engagés physiquement dans un rapport « *où il devient difficile de faire marche arrière* ». Aussi, sans accord préalable, les rapports sexuels se déroulent selon les « *moyens du bord* ». Dans cette situation, il semble que les jeunes femmes soient davantage dépendantes des désirs de leurs partenaires : elles sont peu nombreuses à « *se sentir capables de refuser* » un rapport après les préliminaires. Si « *manifestement, l'affaire de l'homme est d'être attiré et celle de la femme d'attirer* » (Goffman, 2002 [1977], p. 66), alors on comprend pourquoi certaines jeunes femmes se retrouvent malgré elles à assumer la situation d'un rapport sexuel même si elles ne le désirent pas. On peut se dire qu'il en va de même pour les jeunes hommes qui verraient une remise en cause de leur virilité s'ils refusaient un rapport sexuel après des préliminaires.

Tout se passe donc comme si, une fois les premières caresses intimes échangées, le rapport sexuel n'était plus une possibilité mais une obligation ; cela réduirait donc la marge de manœuvre des jeunes femmes et les contraindrait à ne pas refuser un rapport sexuel. Partager un lit, échanger des caresses et un moment intime, c'est être disponible sexuellement et s'engager à avoir des rapports avec pénétration. Cette équivalence semble pourtant principalement venir des hommes, et les jeunes femmes se la réapproprient pour ne pas paraître « *allumeuses* » (Wood, Maforah, Jewkes, 1998). En acceptant des « *câlins plus poussés* », les jeunes femmes se contraignent à en accepter les conséquences et se plier aux désirs masculins que sont le rapport sexuel

avec pénétration et bien souvent le choix ou l'absence de la méthode contraceptive par celui-ci. Le choix de la méthode contraceptive leur paraît difficilement négociable, même si elles n'ont pas l'impression qu'elle leur soit imposée, contrairement aux jeunes femmes pour qui la négociation a été impossible.

3.3. Ne pas discuter, ni décider sa contraception

Dans bien des situations, les jeunes femmes ne se sentent pas en mesure de négocier la méthode contraceptive. Lorsqu'il n'y a pas de discussion en amont, l'influence du partenaire masculin sur le choix et la gestion de la contraception est forte, c'est lui qui aura le dernier mot sur la méthode utilisée par le couple. Toutes les jeunes femmes s'accordent à dire que si un de leurs partenaires s'opposait à l'utilisation d'un préservatif (par exemple), ce serait sujet sinon à rupture du moins à abstinence ; mais les situations sont rarement aussi claires : les partenaires ne refusent que rarement explicitement le préservatif par exemple.

Dans les récits, les jeunes femmes paraissent assez catégoriques sur l'utilisation du préservatif : il est non négociable et doit s'imposer pour toute nouvelle relation. Toutefois, dans la pratique, il est souvent absent pour des raisons qui émanent le plus souvent des partenaires masculins. Ces derniers usent d'arguments sinueux pour demander ou justifier l'absence de préservatif : la baisse de plaisir, l'allergie au latex, la difficulté de la pose ou encore le prix. Ces jeunes hommes suggèrent alors une méthode contraceptive de substitution (comme le retrait), et cherchent à rassurer leur partenaire « *il m'a dit t'inquiète pas, je gère* » (Adriana). Nous faisons l'hypothèse que l'investissement des jeunes femmes dans la relation et leur attachement à l'autre, autrement dit leur degré de dépendance affective, constitue l'un des facteurs pour comprendre l'acceptation des conditions émises par les jeunes hommes, ou au contraire leur refus. À partir de deux expressions masculines mises en évidence par les jeunes femmes rencontrées : « *T'inquiète pas* » et « *J'aime pas* », nous verrons ici l'argumentaire des jeunes hommes refusant le préservatif pour comprendre comment la contraception est parfois peu négociable.

Les jeunes femmes dont il s'agira ici ne sont pas forcément dans des histoires sentimentales courtes les poussant à mettre de côté la contraception au profit du rapport sexuel, mais leurs rapports sexuels se déroulent sans que la contraception n'ait été clairement abordée avec leurs partenaires. Pour elles, il est difficile d'aborder ce sujet à froid et elles n'ont jamais trouvé le « *bon moment* » pour en parler (leurs partenaires

non plus). Elles ont comme point commun qu'elles n'utilisent pas la pilule (ou que cette utilisation est trop aléatoire – oublis fréquents – pour être jugée efficace), la peur d'une grossesse est donc justifiée. Le préservatif masculin s'avère être le seul moyen contraceptif fiable selon ces jeunes femmes, même si elles n'arrivent pas à l'imposer : certaines réussissent à le demander quand elles voient que leur partenaire « *ne sort rien* », mais elles se laissent aisément convaincre par les multiples arguments masculins. Lorsque les partenaires s'appêtent à avoir un rapport sexuel et que la méthode contraceptive n'a pas fait l'objet de discussion au préalable, alors les jeunes femmes s'inquiètent.

« Donc bon s'est passé ce qui s'est passé dans cette soirée, je te fais pas un dessin, on s'est câliné un peu et tout... Et puis en rentrant... dans la voiture bref on va un peu plus loin. Je sais pas trop pourquoi bref je lui demande rien et pourtant j'y ai pensé. Mais je voyais pas comment... bref... Donc il sort rien. Je t'assure c'est comme si on se connaissait déjà depuis 10.000 ans et qu'il avait confiance et tout. Bref on fait nos affaires et après je me suis dit que j'étais complètement folle ! Parce que bon déjà y a le sida et tout. Même si je pense pas trop qu'il avait le profil de ça... Surtout en fait j'avais même pas la pilule pour me protéger... Donc je te raconte pas... pendant 2 jours j'ai cru en Dieu et j'ai pas arrêté de prier pour qu'il ne m'arrive rien. (...) Lui je t'assure il s'est pas dit une seconde qu'il pouvait y avoir des conséquences... » (Églantine, 24 ans, styliste)

Selon leurs propos, ce sont elles les plus inquiètes sur les suites du rapport sexuel, se considérant plus vulnérables face aux IST¹⁹ et seules concernées par une grossesse non prévue. On peut toutefois se demander si les jeunes hommes ne masquent pas leurs inquiétudes pour sauvegarder l'image de leur virilité, car ne rien demander à la jeune femme leur permet de ne pas se mettre en cause. Cela leur évite aussi de supporter un regard suspicieux de leur partenaire. Ne pas aborder la question de la contraception/protection pour les jeunes hommes peut donc être une stratégie afin d'avoir plus de chance d'arriver à leurs fins.

Contrairement aux jeunes femmes citées dans le cas précédent, (qui ont du mal à négocier « *sous la couette* »), ici les jeunes femmes se laissent davantage convaincre par les arguments avancés par leurs partenaires. Ces derniers n'hésitent pas à remettre en

¹⁹ Le rapport hétérosexuel est bien souvent réduit à la pénétration vaginale. L'idée que la femme serait plus vulnérable que l'homme face au sida est fréquente dans les entretiens ; concordant ainsi en quelque sorte avec l'image de la femme régulièrement associée à celle du « faible », passive dans les rapports. Le sentiment d'une exposition plus grande serait également lié à une interprétation du vagin comme réceptacle passif des semences et maladies masculines. Ce qui est d'ailleurs vrai scientifiquement : le pourcentage de femmes contaminées lors d'un rapport hétérosexuel (sur l'ensemble des cas de sida chez les femmes) est 3 à 8 fois plus important que chez les hommes (sur l'ensemble des cas de sida chez les hommes). Des facteurs biologiques liés à la fragilité de la muqueuse vaginale facilitent la contamination par le VIH, en outre la concentration du virus est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales (www.aides.org).

question la relation et ses fondements pour asseoir leur argumentation. « *Tu n'as pas confiance en moi ?* » demande par exemple un partenaire d'Églantine lorsqu'elle lui demande s'il a fait un test de dépistage. Autre exemple, celui de Juliana. Pendant les premiers rapports sexuels, Arnaud, son petit ami, met un préservatif, ce qu'elle apprécie car elle ne lui a rien demandé. Il l'a fait seul, « *donc [c'est] un mec bien* » dit-elle. Un jour, après des préliminaires très avancées, il la persuade de faire l'amour sans rien, « *pour voir la différence* » dit-il, la rassurant en lui proposant comme unique méthode contraceptive le retrait, elle accepte.

« Il s'est un peu oublié dans moi, et je lui ai dit « nan tu fais pas dans moi », et il m'a dit « ah merde j'étais à fond dedans et j'ai oublié », et je lui ai dit « ouais d'accord mais bon c'était pas très bien (...). Si, c'est de sa faute, parce que pour moi ça devait pas arriver quoi, s'il avait tenu sa promesse avant qu'on commence, ça serait pas arrivé quoi... Et puis il devait se retirer ! » (Juliana, 23 ans, étudiante en DESS de droit)

Presque toutes les jeunes femmes de ce type ont pratiqué le retrait avec leur partenaire, sur proposition de ce dernier. Ce qui en plus d'être une méthode contraceptive, permet de montrer leur confiance : le petit ami est alors le seul maître de la situation et des suites du rapport sexuel. Accepter un rapport « *sans rien* », « *c'est se donner* », c'est-à-dire offrir son corps à son partenaire et dépendre des réactions de celui-ci ; c'est montrer sa confiance et avoir l'impression d'une reconnaissance puisque son partenaire « *fait attention* » à elle (en se retirant à temps). Mais lorsque ce dernier n'honore pas cette confiance et « *s'oublie* » plus ou moins volontairement, c'est à la jeune femme d'assurer les arrières (test de dépistage, test de grossesse...) et c'est la relation sentimentale dans son ensemble qui est remise en cause (ce qu'on peut comprendre dans l'extrait d'entretien de Juliana). Dans bien des situations, la prise en charge par le partenaire se limite à un accord de principe et à une délégation du problème aux femmes. « *T'inquiète pas* » disent les jeunes hommes à leur partenaire avant d'avoir un rapport non protégé ; ils s'assurent alors de pouvoir avoir un rapport sexuel avec elles, prétendant gérer la situation, qui en cas d'échec deviendra la charge de la jeune femme. Plane alors une menace : celle qui s'inquiéterait serait alors mise à l'écart, la relation s'achevant prématurément. En amont du rapport, les jeunes hommes ont cherché à conforter leurs partenaires, en les persuadant qu'ils réussiraient à gérer la situation, proposant la méthode du retrait et certifiant qu'ils savaient la maîtriser (les expériences sexuelles passées des jeunes hommes sont alors des références). Et pour ces jeunes femmes (surtout les plus jeunes), la difficulté de différer un rapport sexuel, tant les

occasions d'en avoir sont rares (comme l'ont expliqué Justine ou Solenn), les incite à « *passer à l'acte* » en prenant moins, ou pas, de précautions ; la relation amoureuse et les sentiments éprouvés faisant le reste.

Mais l'argumentation des jeunes hommes ne se pose pas uniquement en termes de confiance et d'inquiétude ; certains disent ne pas *aimer* le préservatif. Dans ces cas, ils tentent de convaincre leurs partenaires de *le faire sans*, prétextant que leur amour doit être plus fort que tout, le préservatif devenant un obstacle au plaisir. La situation est donc bien différente : ce n'est pas la possession de préservatif qui a un rôle déterminant dans le déroulement du rapport sexuel, mais plutôt le plaisir personnel du jeune homme. Aussi, comme le décrivait Howard Becker à propos des fumeurs de marijuana, on retrouve l'idée que les partenaires doivent rassurer les jeunes femmes en minimisant l'importance des inconvénients, parfois en expliquant qu'ils sont temporaires et maîtrisables et « en même temps, ils peuvent attirer [leur] attention sur les aspects agréables » (Becker, 1985 [1963], p. 77). Ces partenaires refusent plus souvent, semble-t-il, les méthodes contraceptives/protectrices liées à l'acte (tel que le retrait), ce qui amène à se demander si la pilule comme l'implant ou le stérilet (autrement dit les contraceptions modernes féminines) n'assurent pas aux hommes un confort sexuel qui expliquerait une partie de leurs réticences au préservatif, spermicide, retrait. La construction de l'argumentation par les jeunes hommes est différente du cas précédent : ils mettent l'accent sur le plaisir, expliquant qu'avec le préservatif ils n'aiment pas, ils ne ressentent rien, ou parce qu'ils sont allergiques au latex. Or plusieurs enquêtes ont souligné combien il est important pour les jeunes femmes de réussir à donner du plaisir à leurs partenaires, parfois au détriment de leur plaisir personnel : être capable de donner du plaisir pendant un rapport sexuel, ce serait faire reconnaître sa capacité à être « partenaire de », mais c'est s'assurer aussi de ses propres atouts de femme (pouvoir séduire et être désirée) et en cela avoir une sexualité d'adulte.

Lorsqu'elle rencontre Jo', Camille « *tombe vite super amoureuse* ». Ils ont des rapports sexuels « *rapidement* » dit-elle (deux semaines après leur premier baiser). Ces rapports ont lieu fréquemment et sont de moins en moins souvent protégés : il n'aime pas. Il lui explique que son désir est moins fort pour elle et qu'il ressent moins de choses lorsqu'il y a un préservatif (ayant eu des partenaires avant, il insiste sur la comparaison). Pour résumer, il présente le préservatif comme un rempart à son plaisir et plus largement comme nuisible à leur relation amoureuse. Pour Jo', le préservatif c'était continuer à

« mettre une barrière » contraire à l'amour qu'ils éprouvaient l'un pour l'autre, « le faire sans, c'était tout se donner ».

« Parce qu'il en fallait beaucoup et ça coûte cher [les préservatifs] et ça nous soûlait en plus, et voilà... Et pourtant je savais au fond de moi mais j'y pensais pas j'étais trop à l'Ouest... Lui il s'en foutait du moment qu'il y avait pas de capotes, il était content. Moi j'y pensais pas à la grossesse, je savais mais je voulais pas me l'avouer... J'étais avertie et tout mais je voulais pas m'en rendre compte ! J'avais eu les bouquins, les discussions et tout je savais mais pas sur le coup... sur le moment même je pensais à rien... Je peux pas t'expliquer... Après, au fond de moi je culpabilisais grave après les jours d'après mais ça se calmait dès qu'on se revoyait ! » (Camille, 20 ans, animatrice)

Camille se réapproprie peu à peu les arguments de Jo' tandis qu'elle n'avait, jusque là, jamais eu de problème avec le préservatif. « Ça nous soûlait » dit-elle, alors qu'elle n'a jamais dit auparavant dans l'entretien avoir eu un quelconque désaveu pour cette méthode²⁰. Le coût financier des préservatifs a été une raison supplémentaire pour en utiliser moins souvent voire plus du tout. Habitant dans une ville moyenne située à une centaine de kilomètres de Paris, ils ne se sont pas procuré des préservatifs gratuits (Camille ignorait cette possibilité). Lors des rapports sans préservatifs, Camille cherchait plus à *lui* faire plaisir qu'à *se* faire plaisir : il était « content » du moment qu'il n'y en avait pas ; elle, s'inquiétait d'être enceinte (et non d'avoir le sida ou une IST, malgré le passé « d'homme à femmes » de son petit ami) et culpabilisait de ne pas faire les choses bien. Pour Camille, faire l'amour « sans rien » c'était prouver son amour à son partenaire, lui montrer qu'elle « était capable de tout pour lui », oubliant dès lors ses principes, ses savoirs. Jo' ne s'est jamais soucié de savoir si Camille avait ses règles, si elle prenait la pilule ou encore si elle était enceinte ni si elle avait une IST. Camille a appris sa grossesse sept mois après leur premier rapport sexuel, elle a décidé seule d'avorter, l'a informé, il ne l'a pas accompagnée. Ce manque d'investissement a été un élément déclencheur de la rupture : « il n'était pas là pour moi, tandis que moi j'aurais tout fait pour lui » dira-t-elle dans la suite de l'entretien.

Le décalage entre les « savoirs théoriques », ce que les jeunes femmes appellent leurs « principes personnels » et la « réalité pratique » des rapports sexuels est difficile à gérer pour les individus qui se trouvent en pleine contradiction. La culpabilité enferme

²⁰ On retrouve le même raisonnement dans l'analyse d'Howard Becker. Il montre que les fumeurs de marijuana expérimentés peuvent aussi persuader le novice « qu'il peut se mettre à aimer ça au bout d'un certain temps. Il lui apprend donc à transformer en impressions agréables des impressions ambiguës, que le novice définit initialement comme désagréables » (Becker, 1985 [1963], p. 78). L'auteur poursuit : « ainsi, un individu ne peut commencer, puis continuer, à utiliser de la marijuana pour le plaisir que s'il apprend à définir ses effets comme agréables, et si elle devient et demeure un objet que l'individu estime susceptible de lui procurer du plaisir » (Becker, 1985 [1963], p.80).

les jeunes femmes qui ont des rapports *sans rien* : en s'écartant de la norme, elles ne se sentent plus en mesure de pouvoir en parler (craignant le regard désapprobateur voire condamnant de leurs pairs, de leurs proches), mais n'arrivent pas non plus à faire marche arrière : comme si une fois qu'elles avaient accepté de le faire sans, cela ouvrait la porte à de nouveaux rapports sans rien. On constate alors, comme dans le cas de Camille, un abandon plus massif des « savoirs théoriques » au profit de l'espoir qu'il ne se passera rien. Camille n'a pas pris la pilule, car ayant déjà « *trahi* » ses connaissances, elle ne se voyait plus gérer autrement la situation qu'en s'abandonnant complètement. Suite à son avortement, elle a pris la pilule de manière à s'assurer une protection personnelle indépendante de celle de son partenaire. Ainsi, même si son prochain partenaire ne souhaitait pas de préservatif, elle n'aurait pas à avorter une seconde fois. Si l'histoire de Camille et Jo' peut être lue comme l'histoire de l'asservissement du corps féminin aux désirs masculins histoire d'un long processus de domination, le recours à l'avortement sans négociation ni concertation avec le partenaire partenaire, seulement informé, peut contribuer à inverser (au moins partiellement) le rapport de pouvoir. L'avortement a permis à Camille de se reprendre en main en récupérant l'ascendant sur elle-même²¹. Dans les relations plutôt fusionnelles, les individus peuvent donc laisser passer au second plan leurs préceptes préventifs lorsque l'emporte le désir de nouer une relation ou, au contraire, l'inquiétude de la voir se rompre. « Cette exception ne se fait pas sans mauvaise conscience pour le sujet et peut conduire ultérieurement à une rectification du comportement et à une restauration des pratiques préventives » (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p. 323).

3.4. ***Ne pas avoir de contraception***

Enfin, certains partenaires choisissent de ne pas avoir de contraception, de ne pas se protéger. Dans ces cas-là, les jeunes femmes sont autant que les jeunes hommes désireuses de ne pas avoir de contraception, on retrouve les arguments cités précédemment tels que l'envie de tout partager, la fusion corporelle, l'attache et le désir de montrer à l'autre ses sentiments, son amour infini. La préservation de la santé peut

²¹ Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi puisque, comme le remarquait Hélène Bretin, « nombre de femmes soulignent à la fois la solitude et l'absence de coopération, y compris dans les relations de couple (retrait, préservatif). À la déresponsabilisation dans le cadre d'une sexualité plaisir peut répondre a contrario une écoute et une attention portées au corps de la femme dans le cadre d'une sexualité à but procréatif. L'enjeu est la conception de l'enfant, qui met directement en question la sexualité masculine et son caractère potentiellement procréateur » (1990, p. 134).

ainsi devenir secondaire face à la nécessité d'affirmer sa féminité ; certaines jeunes femmes ont raconté avoir aussi eu envie de mettre leur corps à l'épreuve de leur sexualité.

« Alors l'an dernier quand j'avais des amants, on ne mettait rien. C'est pas parce qu'on en avait pas et tout c'était vraiment pour pas en mettre. C'était conscient. Je peux pas dire que j'étais trop jeune ni inconsciente, non. Je savais. Mes amants savaient. On savait ouais. Avec le recul en fait je dirais que j'ai cherché à savoir si mon corps pouvait gérer... Et effectivement j'ai jamais rien attrapé, alors que j'ai couché avec plus d'une dizaine de garçons dans cette période. » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

L'analyse des utilisations de la contraception d'urgence montrera à travers les propos des jeunes femmes qu'un rapport sexuel non protégé n'est pas le résultat d'une tension entre une logique dite de santé et une logique de l'émotion. Siria teste son corps de femme en n'utilisant aucune méthode : sera-t-elle enceinte ? Réussira-t-elle à ne pas avoir d'IST ? Aujourd'hui elle est ravie de ne pas avoir eu d'IST, mais elle se pose la question de sa stérilité en raison des nombreuses occasions qui auraient dû « logiquement » l'amener à avorter, explique-t-elle. Ainsi, un rapport non protégé, non contracepté, « prend sens comme un élément, certes particulier, de la relation. La « prise de risque » peut faciliter la construction d'une nouvelle identité, permettre des actions qui visent à consolider la relation ou la conduire à son terme » (Bajos, Ferrand, 2001, p. 104) ; nous le verrons ultérieurement dans l'analyse des enjeux identitaires et affectifs de l'utilisation de la contraception d'urgence (chapitres 10 et 11). Ceci amène à s'intéresser à la manière dont la question du risque du sida et de la grossesse sont traitées par les individus dans les relations qu'ils nouent. Dans l'exemple de Siria, ces questions sont laissées en suspens le temps de la rencontre et de la relation, chaque partenaire ayant à y faire face seul par la suite. Cela ne veut pas dire que ces individus soient exempts de tout souci, mais ces derniers se manifestent *a posteriori* (ils peuvent conduire par exemple à faire appel à des tests à répétition). Il faut dès lors distinguer la question de la communication à propos du sida et/ou de la grossesse entre les personnes concernées de celle des modalités pratiques qu'elles mettent en œuvre (sur le plan sexuel ou encore sur celui de la recherche de partenaires) de manière à se sentir protégé (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p. 319).

« Mais c'est vrai qu'on avait enlevé la capote avant, pas très raisonnablement, faut l'admettre ! Mais moi je trouve que la capote est un élément super dur dans un acte sexuel ! Ouais vraiment ! Et puis en plus moi je prends aucun plaisir avec le préservatif parce que le latex ça m'irrite, donc j'ai pas de plaisir... » (Agnès, 21 ans, serveuse)

Ainsi, pour certains, la sexualité a un sens en elle-même, en dehors de tout projet de couple : la sexualité est fondamentale dans la relation et celle-ci se limite d'ailleurs à l'échange sexuel. On se situe alors dans le registre du corps, du besoin, du désir ; ce qui compte, c'est le rapport physique, l'érotisme, la jouissance (comme dans le cas de Siria). À l'inverse, la sexualité peut être considérée exclusivement dans la perspective de la construction d'une relation. Elle est alors une composante, un pilier, l'un des aspects d'un échange qui, pour être valable, doit comporter aussi d'autres dimensions : amour, compréhension et respect mutuel, dialogue, intérêts et activités en commun, dialogue, etc. La sexualité est indissociable des autres composantes de la relation (comme dans le cas de Camille ou de Juliana). « Lorsque la relation est « au service » de la sexualité, la question du risque éventuellement encouru ne met en jeu que l'échange sexuel dans le cadre limité d'une rencontre ayant pour finalité la satisfaction des partenaires. Dans le deuxième cas au contraire, lorsque la sexualité est « au service » de la relation, la manière d'envisager le risque sida est tributaire de l'ensemble des éléments qui constituent la relation : la confiance que l'on a dans l'autre, le désir que la relation dure, les projets communs, etc. » (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p. 317). En poursuivant le raisonnement de Patrick Cingolani sur le travail précaire (2006), on peut se demander si le refus d'avoir une contraception et une protection n'est pas le résultat d'une volonté de vivre « à fond » sa jeunesse, de profiter un maximum sans s'en remettre au lendemain. « La discontinuité devient alors un élément de construction de soi où s'affirme parfois, sans que celui-ci soit formulé explicitement comme tel, un non consentement et une résistance expressive » (Cingolani, 2006, p. 72) à la norme.

4. À LA RECHERCHE DE LA « BONNE ENTENTE PHYSIQUE » ET DE LA « BONNE ENTENTE CONTRACEPTIVE »

Nous avons accordé, au cours de ce chapitre, une place particulière au partenaire masculin dans le choix, la discussion, la négociation des méthodes contraceptives et/ou protectrices. En effet, la responsabilité de l'homme est loin d'être négligeable dans la survenue de grossesses non prévues et de rapports sexuels non protégés (même si une minorité de jeunes femmes choisissent de ne pas avoir de contraception ni de protection). La situation actuelle est par conséquent source de tension puisque « la place attribuée à l'homme dans le contrôle de la procréation a été fortement bouleversée au

cours de ces dernières décennies et s'inscrit dans une véritable contradiction. D'un côté, les nouveaux modèles familiaux tendent à accorder aux hommes une part plus importante dans le partage des responsabilités au sein du couple et dans la prise en charge du nourrisson et de l'enfant (...). De l'autre, la contraception moderne, en situant les femmes au cœur du processus décisionnel, retire apparemment aux hommes la maîtrise de leur descendance » (Bajos, Ferrand, 2001, p.103).

L'analyse des entretiens a permis de distinguer trois temps dans le choix de la contraception selon que la méthode précède ou non le rapport. Ainsi, décider de la méthode avant le rapport, discuter de la contraception lors de l'acte ou « *laisser faire les choses* » permettent de mettre en exergue l'idée d'un « *bon* » scénario du rapport sexuel qui, lorsqu'il n'est pas réalisé, peut amener les jeunes femmes à culpabiliser. Elles cherchent, dans l'ensemble, à se situer par rapport à la norme, à ce qui est valorisé par leurs pairs ; ce qui explique pourquoi tout écart à la « *règle commune* » (partagée par le groupe de pairs) peut avoir des conséquences sur la relation sentimentale et sur l'identité des jeunes femmes (distance avec le groupe de copines, remise en cause de l'autonomie et de la responsabilité revendiquées auprès des parents)²². Il s'avère que d'un point de vue contraceptif, le « bon » déroulement s'entend comme une discussion et une décision de la méthode contraceptive par les deux partenaires, elle doit correspondre aux attentes de la jeune femme et du jeune homme et laisser le moins de place possible à la surprise. L'anticipation du rapport est essentielle dans la mesure où les individus doivent avoir « *tout prévu* » ou presque pour se trouver comme convenu dans les « bonnes » dispositions contraceptives et protectrices. Or, dans la pratique, il faut reconnaître que de nombreuses jeunes femmes expliquent avoir été « surprises » du rapport sexuel ou de leur envie « *subite* » d'avoir un rapport. Si la norme tend vers une prévision et une préparation de l'activité sexuelle, la réalité des pratiques est toutefois plus complexe. Ce qui est valorisé, c'est le couple fondé sur l'amour (et non une relation ayant pour seule finalité le rapport sexuel), où l'activité sexuelle demeure le symbole de la cohésion du couple (et non un devoir conjugal), où l'individu au sein du

²² À ce propos, Laura Cardia-Vonèche *et al.* soulignent que « les individus sont pris d'une part dans un ensemble de déterminations ayant trait à leur représentation d'un couple et aux attentes qui y sont attachées, ainsi qu'à la place qu'ils assignent à la sexualité ; d'autre part, ils sont également soumis à l'influence des modèles de représentations de la santé et de la maladie qui expliquent leurs perceptions et leurs habitudes dans la gestion ordinaire de la santé » (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p. 320).

couple doit faire face à ses désirs et ses non désirs et à ceux de son partenaire²³. Si l'une des conditions de la constitution et de la durée du couple est la « bonne entente physique », comme le rappellent plusieurs sociologues (Bozon, 2002 ; Jaspard, 2005b), nous pouvons ajouter que la « bonne entente contraceptive » est également importante, car même si la responsabilité contraceptive est très souvent déléguée à la femme, le choix de la méthode n'est pas uniquement de son ressort (les arguments masculins sont importants). Les usages de la contraception sont également liés à l'accès aux soins et aux informations des femmes, mais ils dépendent aussi de l'acceptation de la méthode par les deux partenaires. En résumé, on peut dire qu'accès et acceptation sont à prendre en considération lorsque l'on cherche à comprendre les pratiques contraceptives. Nous l'avons vu, la confiance, l'amour et plus largement la situation relationnelle sont des données incontournables lorsque l'on cherche à comprendre les biographies contraceptives des individus. Dans ce cadre, il faut considérer que la biographie amoureuse, la biographie sexuelle et la biographie contraceptive sont liées et qu'elles ne peuvent être comprises indépendamment les unes des autres. En effet, dans la quasi totalité des cas, les jeunes femmes assument la responsabilité contraceptive, qui est une « affaire de femmes ». Elles sont nombreuses à raconter que les jeunes hommes s'investissent peu ou difficilement, même s'ils sont acquis au principe de la contraception ; c'est à elles qu'en reviennent la responsabilité et la prise en charge. Les jeunes hommes laissent à leur partenaire le soin d'adopter une méthode et d'en changer, tant qu'eux-mêmes ne sont pas mis en question. La socialisation à la sexualité et à la contraception, le mutisme quasi général des pères et la présence prédominante des mères dans l'accompagnement lors des premières fois entretiennent également l'illusion que la contraception n'est pas une « affaire d'hommes ». La responsabilité non partagée de la contraception semble ne poser presque aucun problème lorsqu'elle est acceptée en tant que telle et bien vécue par les jeunes femmes, mais ce n'est pas toujours le cas ; et dans le contexte de relations très ponctuelles, la distance masculine est d'autant plus marquée. Ainsi, qu'il s'agisse de faire un enfant ou de vivre une sexualité sans

²³ « Lorsque les attentes, goûts et appétences des partenaires sont très divergents, la vie de couple se construit sur des concessions mutuelles et la relation intime ne peut s'épanouir que si chaque partenaire, à un moment ou à un autre, accepte ou pratique un geste, une activité dont il n'a pas envie, dans le seul but de faire plaisir à l'autre. Certes, le désir et le plaisir ne se conjuguent pas de la même façon au féminin et au masculin, mais ni la violence du désir, ni son unilatéralité ne sont des exclusivités masculines. Toutefois, si la proportion de refus de rapports sexuels émane des deux partenaires, dans l'enquête ENVEFF, les femmes déclarent s'être déclinées beaucoup plus fréquemment que leurs partenaires : 28% l'ont fait plusieurs fois dans l'année, contre 7% des hommes » (Jaspard, 2005a, p. 72).

procréation, c'est aussi dans la relation à l'autre que se pose pour la femme la question de son corps, de sa sexualité, de son identité.

CHAPITRE 9 – DES UTILISATIONS DIFFERENTES DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

L'enquête « Contraception, ce que savent les Français » (INPES, 2007¹) montre que plus du tiers (35 %) des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence pense qu'elle ne concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans ; seuls 5 % des Français (et 15 % des 15-20 ans) connaissent la contraception d'urgence et savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72h après un rapport non protégé. Un Français sur quatre n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence (selon le baromètre santé 2005, seules 11,7 % des femmes de 15 à 54 ans (et 7,1 % des hommes) connaissaient le délai d'efficacité reconnue de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence). Les entretiens effectués permettent de mettre également en évidence la méconnaissance des jeunes femmes sur les délais concernant la prise de la contraception d'urgence, en partie imputable à l'expression « pilule du lendemain ». Le taux d'efficacité, le délai, la posologie et les conditions de délivrance sont des questions récurrentes chez les plus jeunes. Mais les utilisations de la contraception d'urgence ne peuvent s'expliquer uniquement par les informations dont disposent les intéressées. Comme dans les recherches sur le sida, on peut comprendre ici combien les jeunes femmes doivent combiner avec leurs connaissances en matière de contraception, leurs principes et leurs relations affectives. On comprend alors comment des individus peuvent être « pris entre deux feux », c'est-à-dire contraints d'arbitrer entre des logiques antagonistes auxquelles ils sont attachés : l'amour et la contraception, l'amour et la protection (Pollak, Schiltz, 1987 ; Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992). Dans ce contexte, soit les individus s'en tiennent d'une façon ferme à leurs principes de prévention, soit ils se placent dans une logique de l'exception, en privilégiant la sphère de l'affectif (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p.320), et c'est bien ce qui nous intéresse ici. La question de la méthode contraceptive utilisée a permis de mettre en évidence qu'un certain nombre de jeunes femmes s'exposaient, par leurs pratiques sexuelles, à une grossesse non prévue et tentaient d'y remédier en utilisant la contraception d'urgence. On cherchera à présent à comprendre comment se prennent les

¹ Enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007.

décisions en matière de gestion de la fécondité à travers le prisme de la contraception d’urgence (la question de l’avortement sera secondaire). On verra ainsi que le déroulement d’un rapport sexuel et ses suites sont indissociables du fonctionnement du couple et qu’ils sont liés au rapport au corps et à la maternité.

Parmi les femmes âgées de 15 à 54 ans, sexuellement actives, 13,3 % avaient eu recours à la contraception d’urgence, parmi elles, 67,2 % ne l’avaient utilisée qu’une seule fois, 21,6 % deux fois, et 11,2 % au moins trois fois depuis le début de leur vie sexuelle (Lydié, Léon, 2005a). En 2007, 14 % des femmes sexuellement actives avaient pris la contraception d’urgence (INPES, 2007). Face à un échec de contraception, les jeunes femmes expliquent que cela est dû à un mauvais usage de la méthode (lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l’utilisation de la méthode), à une indisponibilité de la méthode contraceptive habituelle (pilule), à une sous-estimation du risque, à une imprévision du rapport sexuel, à une prise de risque consciente en s’en remettant à la chance, ou enfin à un arrêt ou un refus de contraception. Le recours à la contraception d’urgence peut s’expliquer par une multitude de facteurs qui s’articulent dans des configurations particulières propres à chaque individu et à chaque situation². Nous faisons l’hypothèse que les jeunes femmes ont des utilisations différentes de la contraception d’urgence selon le contexte affectif, amical, parental, médical et social dans lequel elles se trouvent. En incluant la dimension de la fréquence de la prise, nous chercherons à voir si les jeunes femmes gèrent différemment la contraception d’urgence quand c’est la première fois qu’elles la prennent, ou non. Les usages uniques de la contraception d’urgence devraient permettre de saisir les différentes occasions qu’ont les jeunes femmes de l’utiliser et de comprendre pourquoi elles ne la reprennent pas, en les comparant à celles qui y ont recours de manière répétée. L’objectif est ainsi de commencer à appréhender les enjeux pour les jeunes femmes de l’utilisation de la contraception d’urgence suite à un rapport

² De plus, parmi les facteurs liés à l’absence de contraception alors que la femme ne désire pas d’enfant, on peut retenir ceux liés à l’absence régulière ou permanente d’utilisation de méthode contraceptive ; ceux liés à l’absence occasionnelle ou accidentelle d’utilisation d’une méthode particulière ; ou enfin ceux liés à l’adoption d’une méthode plutôt que d’une autre ou à l’utilisation d’une méthode en particulier. Enfin, il semble que l’absence de méthode ou l’utilisation d’une méthode naturelle / traditionnelle sont parfois difficiles à nuancer puisqu’elles sont, à tort, trop souvent regroupées (entre autre par les femmes) notent également les auteurs des deux rapports Baromètre santé jeunes 2005 et INPES 2007.

qu'elles considèrent peu efficacement protégé³. Ceci amènera à se demander si les biographies amoureuses, contraceptives et sexuelles des jeunes femmes peuvent expliquer en partie des recours différents à la contraception d'urgence.

Une digression fréquente sur l'avortement

En posant la question des rapports non ou mal protégés, en s'interrogeant sur la contraception d'urgence, les jeunes femmes ont presque toutes parlé de l'avortement en faisant des digressions, des comparaisons sur les méthodes existant pour gérer une exposition à un risque de grossesse (contraception d'urgence, avortement). À la lecture des entretiens, il est clair que l'avortement est connu de toutes et admis par la grande majorité des jeunes femmes rencontrées comme une possibilité envisageable pour faire face à une grossesse non prévue (par les jeunes femmes elles-mêmes et parfois par leur entourage).

Parmi les jeunes femmes rencontrées, 12 ont eu recours à l'avortement pour éviter une grossesse, une seule à la suite d'un échec de contraception d'urgence (Sandra). Pour toutes, la grossesse était inenvisageable, pour des raisons relationnelles (couple insuffisamment « solide » ou « prêt », voire absence de partenaire), matérielles (scolarité), ou économiques (dépendance financière) ou les trois, mais aussi parce qu'elles n'avaient pas atteint l'âge socialement accepté pour la maternité. Présenté comme un « échec » ou une « erreur », l'avortement est raconté comme une « sanction » de l'activité sexuelle en cours permettant aux jeunes femmes de faire un apprentissage : celui d'une sexualité responsable. « Le sens de la responsabilité évoqué réfère [...] au sens moral de payer pour une faute, une erreur commise » (Charbonneau, 2003, p. 64).

L'avortement a pu faire l'objet d'une décision personnelle (comme pour Camille ou Lilly), ou commune aux deux partenaires (comme pour Karine), à laquelle les parents, lorsqu'ils ont été consultés, ne se sont pas opposés et ont parfois été associés (Sandra). Celles qui ont parlé de leur avortement à leurs parents savaient qu'ils ne s'y opposeraient pas (il semble nécessaire de connaître l'avis parental sur l'IVG avant d'annoncer sa situation personnelle, cet avis est bien souvent connu grâce aux diverses conversations ayant trait à l'actualité).

³ Dans nos entretiens, la contraception d'urgence a été utilisée suite à un rapport sexuel où il n'y a pas eu de contraceptif ou lorsqu'il y a eu un problème de préservatif ou un problème de pilule, ou encore suite à un problème lié à l'utilisation d'une méthode naturelle de contraception dont la fiabilité est remise en cause.

« C'est ma mère qui m'a dit « bon, fais un test de grossesse » et je pense que j'aurais pas eu la force de faire un test de grossesse si ma mère ne me l'avait pas dit. Je voulais avoir les conseils de ma mère. C'est con mais tu te retrouves gamine dans ces moments-là et t'as besoin des conseils de maman. » (Sandra, 20 ans étudiante infirmière)

Les propos rapportés par les jeunes femmes sur les positions de leurs parents concernant l'avortement mettent uniquement en scène les mères. Ceci souligne à nouveau le rôle de la mère et l'appartenance de genre dans la gestion de la sexualité et de la fécondité dans la construction identitaire (chapitre 6). En effet, plusieurs enquêtes l'ont montré, lorsque les jeunes femmes hésitent entre diverses options (qu'il s'agisse de la méthode contraceptive ou d'un avortement), les mères peuvent faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre (Le Van, 1998 ; Charbonneau, 2003).

« Je suis tombée enceinte à peu près le 16 octobre. Et puis il a fallu prendre une décision... Et euh autour de moi que ce soit ma mère ou lui, plutôt que de me laisser prendre ma décision, les gens m'ont forcée à avorter. Par chantage affectif, par tout ce que tu veux quoi ! Ma mère me disait : si tu décides de le garder c'est que t'es une adulte, donc tu te démerdes. Donc voilà. Mon copain c'était : si tu le gardes je te quitte. Parce que je veux pas de chiard. » (Karine, 19 ans, étudiante éducatrice spécialisée)

Lorsque les jeunes femmes taisent leur avortement, elles le font pour préserver leur relation avec leurs parents, avec leur mère. La relation d'Isabelle avec sa mère était très conflictuelle au moment où elle s'est trouvée enceinte, elle ne lui a donc pas parlé de sa décision d'avorter.

« Voilà je lui ai caché [à sa mère]. Je l'ai gardé pour moi, j'en ai parlé heu ... bien plus tard (...). Quand je me suis fait avorter... J'avais pas de voiture, j'ai pas le permis, donc j'ai... En plein, en pleine banlieue heu, quand tu dois aller à un hôpital qui est à perrette sans voiture, sans rien. Que quand tu sors de ... de la journée, et que tu... les infirmières te laissent pas partir si t'appelles pas quelqu'un et que t'as personne sous la main heu... C'est une horreur, c'est une horreur... Puis en... Ben c'est pas une question d'argent, c'est pas une question d'argent mais c'est vraiment une question que t'as vraiment besoin d'être aidée et t'as personne à qui en parler (...). J'avais fait ça exprès que ce soit le 1^{er} ou 8 mai [le rendez-vous à l'hôpital], tu vois, pour être sûre que... que personne se rende compte. Et puis elle m'avait vu partir genre à sept heures du matin. Elle m'avait dit "Tu vas où ?" Je crois qu'il y avait... une manif ce jour-là. Y avait une manifestation contre Le Pen ou un truc comme ça. Alors que j'en ai rien à foutre de la politique, je lui ai dit "Ben je vais à la manifestation". » (Isabelle, 23 ans, coiffeuse)

Ce qui était un secret a été utilisé comme une arme contre sa mère. Lorsque cette dernière lui a reproché d'être « une gamine égoïste », Isabelle lui a répondu qu'elle avait avorté seule, « sans se plaindre », culpabilisant sa mère de n'avoir rien vu pendant ladite période. L'affirmation de l'identité et de l'autonomie des jeunes suppose une relecture des liens avec les parents. « L'image de ceux-ci sert aussi de modèle ou de repoussoir dans le choix de sa propre trajectoire de vie » (Charbonneau, 2003, p. 144).

Les autres raisons qui poussent les jeunes femmes à cacher leur IVG sont les convictions personnelles de leurs parents et plus largement leurs croyances religieuses (qui impliquent le « respect de la vie »). L'adolescence, et plus largement la jeunesse, est marquée par une réorganisation des relations : détachement progressif avec les parents et nouveaux liens significatifs avec les pairs puis avec un conjoint (Singly, 1996 ; Charbonneau, 2003).

1. FAIRE DES « PETITS ARRANGEMENTS » AVEC SA CONTRACEPTION

Les jeunes femmes rencontrées ont, nous l'avons vu, des contraceptions différentes selon les situations dans lesquelles elles se trouvent mais aussi selon les relations dans lesquelles elles se trouvent engagées. Cependant, ce n'est pas parce que certaines se disent efficacement protégées par leur pilule qu'elles sont pour autant à l'abri d'un oubli ou d'un arrêt. Il en va de même pour celles qui utilisent des préservatifs avec leurs partenaires, qui se trouvent en plus confrontées aux désirs de leurs partenaires et non seulement dépendantes de leur volonté personnelle. Elles se trouvent donc bien souvent amenées à faire des « *petits arrangements* » avec leur contraception, se sachant capables de minimiser certains risques (IST ou grossesse) au profit d'une relation sexuelle. Il s'agit alors d'un « tête-à-tête » avec leur contraception/protection habituelle au cours duquel elles cherchent à peser le pour et le contre des méthodes pour « *se faciliter la vie* ». Parmi les 29 jeunes femmes « *célibataires* » interrogées, nombreuses sont celles qui n'utilisent pas de contraception quotidienne sous prétexte qu'elles n'ont pas de « *relation [sexuelle] programmée* » ; toutefois elles « *pourraient en avoir d'un jour à l'autre* » et n'auraient alors pas de protection personnelle.

« Parce que ça me gonflait de prendre des cachetons tous les jours... c'était hyper contraignant d'y penser tout le temps et puis c'était overdose quoi. J'en avais marre de penser tout le temps à prendre ce truc-là [la pilule]... Et puis quand j'ai quitté Phil, j'étais à mille lieux de me douter que j'allais sortir avec un autre mec. Pour moi j voulais être célibataire. Faire un gros break euh... Et puis voilà, j'suis tombée dans c't'appart là... Parce que l'appart me plaisait, et le coloc pas mal. Et puis le lendemain j'étais dans les bras de mon coloc ! » (Cindy, 24 ans, étudiante en AES)

Après cinq ans d'utilisation de la pilule sans interruption, Cindy a profité de sa rupture amoureuse pour arrêter cette méthode dont elle commençait à douter et qui n'était plus nécessaire selon elle, en raison de son célibat. Cela illustre bien la difficulté pour les célibataires de prendre une contraception hormonale, à laquelle elles ne voient pas de réelle utilité. Le caractère construit de la norme contraceptive apparaît alors lorsque l'on

s'intéresse à l'attitude des femmes des générations les plus récentes. Pour elles, « la contraception n'est plus une conquête, comme elle l'était pour leurs aînées, qui étaient ainsi plus disposées à passer sur les effets secondaires et sur les contraintes liées à la prise quotidienne ou à la surveillance médicale. Dans le contexte contemporain, où le bien-être sexuel apparaît comme un droit, la prise de contraception hormonale apparaît comme une vraie discipline, et pour certaines comme une contrainte, qui ne vont pas de soi » (Bozon, 2004, p. 28).

Qu'elles soient « célibataires » ou « en couple », les jeunes femmes rencontrées ont eu davantage de rapports sexuels « à risque » qu'elles n'ont eu recours à la contraception d'urgence. Ceci met en évidence le fait qu'elles évaluent la probabilité d'une grossesse, et la nécessité de la contraception d'urgence lors de chacun des rapports non ou mal contracepté. Ce qui prend la forme d'une évaluation personnelle met en lumière des protections imaginaires auxquelles les jeunes femmes ont recours pour ne pas « trop » utiliser la contraception d'urgence. Cela souligne que les rapports sexuels ne se valent pas tous, et que le contexte dans lequel ils se déroulent a une grande importance. Les arguments mobilisés par les jeunes femmes pour justifier qu'elles n'ont pas utilisé la contraception d'urgence sont nombreux. Elles évoquent son prix, sa disponibilité, mais aussi les « légendes urbaines » qui existent à propos de cette méthode. D'autres expliquent quels sont les critères d'un rapport sexuel potentiellement fécondant, minimisant ainsi le risque de grossesse. L'analyse de l'ensemble de ces arguments a permis de souligner l'existence de « petits arrangements contraceptifs » pour comprendre pourquoi parfois les jeunes femmes utilisent la contraception d'urgence, parfois non.

Le prix et la pharmacie, des freins à l'utilisation

La différence d'âge des jeunes femmes rencontrées, le type d'occupation (scolaire ou professionnelle) et leur accès aux lieux de soins montrent que plus elles sont jeunes, plus elles estiment que la contraception et la contraception d'urgence sont « hors de prix ». Lorsqu'on met en relation le coût avec le pouvoir d'achat des jeunes (argent de poche, jobs, petits business), cela peut représenter la moitié voir les deux tiers de leur

budget mensuel⁴. Dans cette mesure, on peut comprendre comment pour les lycéennes, la contraception (d’urgence) peut représenter un réel effort financier. Par ailleurs, comme le pouvoir d’achat dont disposent les plus jeunes enquêtées est au bon vouloir de leurs parents (principaux pourvoyeurs de l’argent de poche, même s’il est parfois complété par des « jobs » tels que le baby-sitting), cela ne leur laisse pas une grande marge de manœuvre sur leurs dépenses. Les lycéennes sont aussi celles qui connaissent le moins les lieux délivrant gratuitement la pilule (comme on a pu le voir au lycée professionnel en Vendée). Quant à la contraception d’urgence, bien que celle-ci soit officiellement gratuite pour les mineures et qu’il y ait un prix « conseillé » en pharmacie (7,93 euros), la plupart des mineures ont été amenées à la payer et certaines se sont vues demander un prix anormalement élevé⁵.

Mais le prix n’est pas le seul élément à prendre en compte pour comprendre les difficultés d’accès des jeunes femmes à la contraception d’urgence ; les démarches nécessaires sont aussi à considérer : aller à la pharmacie, demander oralement le produit, risquer de se voir infliger une leçon de morale ou se faire mépriser. C’est ce que certaines racontent comme étant un « *chemin de la combattante* » qui peut les faire hésiter jusqu’à reculer. Se rendre dans une pharmacie et risquer de s’exposer au vu et au su de tout le monde représente une barrière difficilement franchissable lorsque les jeunes femmes se trouvent dans leur quartier, ou lorsqu’elles résident dans de petites villes ou villages (les Parisiennes sont nombreuses à raconter qu’elles changent de quartier ou d’arrondissement pour être anonymes dans la pharmacie). Dans le Baromètre Santé 2005, les auteurs soulignaient que les modalités d’usage, ainsi que les dispositifs permettant de délivrer la contraception d’urgence, restent relativement méconnus : un quart de la population interrogée âgée de 15 à 54 ans ne savait pas qu’il est inutile d’avoir une ordonnance pour se procurer la contraception d’urgence (Lydié, Léon, 2005, p. 103-108). Au-delà de la seule contraception d’urgence, les jeunes femmes enquêtées sont nombreuses à ignorer le fonctionnement général des centres de planification familiale et de leurs avantages⁶ ; plus elles sont jeunes, moins elles y font référence.

⁴ Une contraception coûte jusqu’à 10 euros par mois et la contraception d’urgence coûte environ 7 euros (cf. tableau récapitulatif en annexes).

⁵ Laetitia a acheté la contraception d’urgence à la pharmacie d’une grande ville de banlieue parisienne un peu plus de 15 euros la boîte, soit plus du double du prix conseillé et généralement constaté.

⁶ Certaines voient dans la carte vitale un instrument susceptible de les trahir, permettant à leurs parents de contrôler les raisons de leurs consultations médicales par exemple.

Enfin, il semblerait que celles qui n'ont pas le baccalauréat soient désavantagées et aient des connaissances encore plus partielles sur les modalités de délivrance de la contraception d'urgence (la gratuité, l'anonymat, l'absence d'ordonnance sont ignorés). Mais au-delà du diplôme, c'est le type de filière choisie qui s'avère être un facteur déterminant : les plus informées sont celles qui ont passé un baccalauréat scientifique, où la contraception est inscrite au programme⁷, les moins informées étant celles qui n'ont pas suivi de filière générale (Sciences et Technologies de la Gestion – STG, Sciences et Technologies Industrielles – STI ...). Toutefois le prix et les modalités de délivrance, connues ou ignorées, n'expliquent pas tout : il est également nécessaire de prendre en considération les représentations des jeunes femmes sur la contraception d'urgence et les légendes urbaines qui circulent à propos de cette méthode.

Les représentations des jeunes femmes sur la contraception d'urgence

Les légendes urbaines qui circulent dans les groupes de pairs et sur les forums Internet permettent de révéler l'importance de certaines représentations de la contraception d'urgence. Dans les groupes de copines circulent ce que certaines appellent des « *bruits de couloirs* » ou des « *légendes urbaines*⁸ », même si finalement elles n'ont d'urbaines que le nom. Pour Véronique Champion-Vincent et Jean-Bruno Renard, « la légende contemporaine est une narration, un récit collectif, repris et transmis par le groupe au sein duquel il fonctionne. Le contenu de ce récit est situé, chargé d'effets de vérité, d'appel à des autorités servant de référence. Ce récit est donné pour vrai, c'est un objet de croyance mais également de discussion, car le processus de diffusion légendaire oppose sceptiques et croyants » (2002, p.13). Dans le cadre de ce travail, nous verrons que les rumeurs et autres « on dit » sur la contraception d'urgence véhiculent surtout des idées sur des effets secondaires dramatiques, tel que la stérilité.

Dans un contexte où la maternité est fortement valorisée et où elle ferait partie intégrante (si ce n'est obligatoire) de l'identité féminine, tous les bruits et rumeurs qui

⁷ Même dans la filière générale, celles qui ont passé un bac ES ont arrêté les cours de Science de la Vie et de la Terre en classe de seconde, sans voir la reproduction. Une récente réforme des programmes a réintégré les Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) au programme de toutes les filières générales, cela n'est toutefois pas d'actualité pour les baccalauréats professionnels ou technologiques.

⁸ Comme l'expliquent Véronique Champion-Vincent et Jean-Bruno Renard, l'expression « légendes urbaines » « unit un substantif vieillot lié au passé et à l'univers des livres d'images avec un adjectif actuel », cette expression souligne également « le lien avec des traits dominants de nos sociétés : la ville, la modernité » (2002, p. 10). Pour Jean-Bruno Renard, on peut définir les légendes urbaines comme « un récit anonyme, présentant de multiples variantes, de forme brève, au contenu surprenant, raconté comme vrai et récent dans un milieu social dont il exprime de manière symbolique les peurs et les aspirations » (Renard, 2006, p. 6).

alimentent les angoisses liées à la stérilité se diffusent rapidement. La contraception d’urgence n’est pas tenue à l’écart des méfiances collectives, d’autant que le produit est relativement nouveau⁹ : les craintes sont qu’une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité voire rendrait stérile, mais dans tous les cas aurait des conséquences sanitaires et procréatives à long terme, jusqu’à présent sous-estimées ou inconnues. Pour les jeunes femmes rencontrées, il est admissible qu’une femme ait besoin de la contraception d’urgence une ou deux fois. La prendre une troisième fois « arrive à celles qui ne font pas très attention » explique Adriana ; dans son propos on comprend que la responsabilité contraceptive n’est plus partagée entre les partenaires mais est considérée comme celle de la jeune femme et mise sur le compte de son âge (elle est « trop jeune »). Au-delà de cinq fois, cela devient inacceptable : la jeune femme « l’aura bien cherché si elle tombe enceinte » dit Émilie. C’est donc comme s’il y avait un seuil en deçà duquel il serait tolérable d’avoir recours à la contraception d’urgence et un seuil au-delà duquel cela deviendrait « anormal ». On ne pourrait alors plus parler d’« accidents ». Les jeunes femmes ne doivent donc pas « trop » prendre la contraception d’urgence (l’évaluation du « trop » étant à la discrétion des utilisatrices), pour des raisons d’exposition au risque de grossesse plus élevé mais aussi de dosage hormonal supposé très fort : plusieurs ont entendu dire qu’un comprimé de Norlevo® équivalait à plusieurs plaquettes de pilule contraceptive.

« Un jour, une copine m’a dit que la pilule du lendemain c’était 50 comprimés de pilule... Que c’était pareil. Et donc c’était tellement fort qu’il fallait pas la prendre plusieurs fois sinon ça détruisait tout ton utérus et tout. Tout à l’intérieur. Et qu’après, c’était très difficile d’avoir un enfant si tu l’avais prise plusieurs fois. J’ai jamais su si c’était vraiment vrai. Quand tu regardes sur Internet, y a un truc qui dit oui, un truc qui dit non. Mais j’ai préféré la reprendre car je pouvais pas prendre un risque plus grand... » (Vanessa, 22 ans, comédienne)

Déjà convaincues que la pilule est fortement dosée, les jeunes femmes pensent que la contraception d’urgence serait forcément « plus forte vue ce qu’elle fait » (sous-entendu, elle empêche une grossesse après le rapport)¹⁰. Ainsi, même si les études médicales ont montré que la contraception d’urgence ne représentait qu’un cinquième d’une plaquette de contraception orale, la faible médiatisation de ces résultats laisse

⁹ Il y avait un mouvement similaire pendant les années 1970 aux États-Unis où une nouvelle génération de féministes inspirées par une sensibilité écologique exaltait les processus naturels en réaction aux dangers cachés des nouveaux contraceptifs (McLaren, 1996).

¹⁰ On peut se demander à quel point les plus âgées des jeunes femmes rencontrées ne sont pas plus sensibilisées au discours « bio » ambiant. D’un milieu social moyen ou supérieur, vivant pour la plupart à Paris ou en région parisienne, elles suivent plus facilement la tendance « retour au naturel et utilisent des produits biologiques pour prendre soin de [leur] corps » (comme Nadège l’a fait remarquer).

libre cours aux « *légendes urbaines* ». Dans ces histoires, il s’agit de femmes (que connaissent des copines de copines de copines) qui auraient pris plusieurs fois la contraception d’urgence et seraient devenues stériles, auraient eu des problèmes de santé, ou « *des enfants mal formés* ». Parmi celles qui craignent le plus les effets secondaires de la contraception d’urgence, on trouve les jeunes femmes qui rapprochent la contraception d’urgence d’un « *mini avortement* », voire d’un avortement. Elles sont plus âgées que la moyenne des enquêtées et pour elles, la grossesse fait partie du monde des possibles (même si elles ne la désirent pas et que la plupart aurait interrompu une grossesse inopinée) ; elles considèrent bien souvent que la contraception d’urgence est plus proche de la pilule RU486® (pilule abortive) que de la pilule contraceptive (certaines les confondent). Les inquiétudes autour de la stérilité, le manque d’informations sur la contraception d’urgence, la perception d’un risque pour la santé ou l’exagération des effets secondaires freinent certaines jeunes femmes à y avoir recours une nouvelle fois. Si la stérilité temporaire est recherchée par la plupart des jeunes femmes rencontrées, (une maternité n’est pas envisageable pour le moment), la stérilité définitive reste une inquiétude qui a des conséquences sur la gestion de la contraception hormonale et sur les recours à la contraception d’urgence. Le manque de recul sur la méthode est évoqué par les jeunes femmes qui expliquent « *se méfier* » du produit. Pour elles il se peut que ce soit en phase de tests, il faut donc s’en méfier car les conséquences sont peu connues.

« C’est comme la pilule, avant on savait pas. Mais les premières, elles étaient pas bien pour la santé. La pilule du lendemain, c’est pareil, on sait pas encore. Mais si ça se trouve, bientôt on saura qu’il fallait pas la prendre plus de 2 fois ! Du coup, je préfère limiter... Je la prends le moins possible... (...). Je l’ai prise 3 fois et déjà je pense que c’est trop. » (Cindy, 24 ans, étudiante en AES)

Cindy est enceinte au moment de l’entretien et a rendez-vous pour une IVG deux jours plus tard. Elle n’a pas pris la contraception d’urgence après un rapport non protégé avec son petit copain : elle n’était pas « *dans [sa] période* ». « *On pense que c’est des choses qui n’arrivent qu’aux autres* » dit-elle ; mais le fait qu’elle ait pris trois fois du Norlevo®, ce qu’elle considère comme « *déjà trop* », a contribué à ce qu’elle ne reprenne pas la contraception d’urgence (pour les raisons évoquées plus haut). Le prix et/ou les appréhensions sanitaires peuvent amener les jeunes femmes à élaborer des stratégies pour n’avoir recours à la contraception d’urgence qu’en cas de « *besoin* » avéré, autrement dit au moment fatidique (c’est-à-dire le troisième jour, 72h). Julia et

Anne-Laure¹¹ ont cherché à limiter leur utilisation de la contraception d'urgence par crainte d'effets secondaires.

« On est tous les 2, on n'a pas envie de se quitter. Et il faudrait que je sorte que pour acheter cette pilule du lendemain, et donc finalement tu restes ensemble et tu refais l'amour. Et donc, tu te dis "de toute façon il faut que j'y aille, il faut que je la prenne". Et donc ça m'est arrivé de la prendre 36h après, alors que c'est 24h ! Mais pareil de me déculpabiliser en me disant qu'il y a une chance sur je ne sais pas combien bon et puis t'y crois jamais vraiment à ces trucs-là. Et puis tu te dis que s'ils disent 24h, c'est qu'au bout de 48h c'est encore un peu efficace... Tu t'inventes tes petites histoires » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

« Avec le dernier petit copain en date, on utilisait la capote, et quand il y avait pas de capote bah j'ai pris plusieurs fois la pilule du lendemain. Plusieurs fois de suite quoi... en fait je suis assez maligne quoi, enfin c'est pas malin du tout mais comme je sais que la pilule du lendemain c'est 72 heures, en général j'attends 72 heures pour la prendre et pendant 72 heures je peux faire ce que je veux » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Anne-Laure comme Julia a utilisé la contraception d'urgence plusieurs fois avec le petit copain dont elle était amoureuse. Elles ont toutes les deux choisi la même stratégie : connaissant la durée maximale d'efficacité, elles ont toutes les deux poussé à bout cette limite de façon à utiliser moins de fois la contraception d'urgence, oscillant entre le discours *« c'est pas bon pour la santé quand même »* et leur désir de profiter un maximum des occasions de rapports sexuels. Elles s'accordent sur le fait que les prescriptions médicales sont là *« pour faire peur »* et pensent que le seuil d'efficacité est supérieur à ce qui est dit officiellement. Cette nuance entre efficacité « réelle » du produit et efficacité « officielle » leur laisse une marge de manœuvre supplémentaire pour gérer leur sexualité et leur contraception. Elles se rassurent avec leurs *« petites histoires »* et se convainquent que rien ne peut arriver et que ce n'est pas *« si nocif que ça »*.

« Si c'était dangereux, ça coûterait pas 10 euros et ça serait pas en vente libre ! » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

En plus des *« petites histoires »* permettant de gérer le quotidien, elles cherchent à limiter les prises, considérant l'*« avoir déjà beaucoup pris »* par rapport à ce qu'elles auraient dû. Elles se rassurent avec leurs *« petites histoires »* en faisant de fins calculs (date des dernières règles, heure du rapport sexuel, date des prochaines règles) et se persuadent que rien ne peut arriver (car *« il reste encore du contraceptif dans le sang quand on oublie un ou deux comprimés »* par exemple). Comme si elles ne voulaient

¹¹ Elles ont pris respectivement plus de dix fois et plus de trente fois la contraception d'urgence. Elles font partie des plus grandes utilisatrices de notre corpus.

pas regretter de la prendre, elles usent du temps maximum, retardent la prise au maximum des délais prescrits rendant la contraception d’autant plus nécessaire que le nombre de rapports non protégés s’élève. Les jeunes femmes enquêtées nuancent un rapport non ou mal protégé qui nécessite la contraception d’urgence et un rapport qui n’en fera pas l’objet, distinguant ainsi les rapports sexuels selon la probabilité qu’ils soient féconds. Parmi les jeunes femmes ayant eu des effets secondaires suite à la contraception d’urgence, la plupart ne souhaite pas renouveler l’expérience. Les saignements (surtout) leur ont fait changer d’avis sur la contraception d’urgence comme méthode contraceptive (elles l’associent plus aisément à l’avortement).

Nous avons vu comment les jeunes femmes s’arrangent « *pour ne pas prendre trop souvent* » la contraception d’urgence. Elles définissent le « *trop* » selon leurs expériences personnelles mais aussi selon celles de leurs pairs et les normes véhiculées par ces derniers. Si les jeunes femmes ne s’accordent pas autour du « *trop* » (cela dépend de leurs expériences, leurs références amicales et du contexte affectif dans lequel elles se trouvent), il y a cependant consensus pour nommer celles qui « *abusent* » de la contraception d’urgence : « *les folles* ».

Les critères du rapport potentiellement fécondant

L’un des premiers problèmes à résoudre pour un contrôle technique de la reproduction humaine est la connaissance précise du moment de fertilité des femmes. Henri Leridon souligne dans divers travaux que ce moment est imprévisible (sauf avec les techniques modernes actuelles) et d’une durée incertaine (l’auteur montre que la durée de la période où la femme est féconde varie de 12h à plus de 72h). Avec les « *moyens du bord* », il est donc très subjectif de savoir quand il faut faire attention¹².

Dans les chapitres précédents nous avons montré l’importance que revêt le contexte amoureux dans le choix de la contraception. Il paraît opportun de préciser à présent dans quelles conditions il peut avoir une incidence sur l’utilisation de la contraception d’urgence. Si tous les rapports sexuels non ou mal protégés ne donnent pas lieu à la

¹² Dans cette même idée, Paola Tabet met en exergue les « caractères spécifiques de la sexualité chez les femelles humaines ». En comparant les femelles humaines à d’autres femelles mammifères pour souligner la difficulté des femmes à déterminer le moment où la conception est possible, elle explique : « la pulsion sexuelle chez les femmes n’est pas liée à la procréation par un réglage hormonal contraignant. Autrement dit, il n’y a pas de synchronisation entre moment de l’ovulation (donc moment de fertilité) et pulsion sexuelle. La pulsion sexuelle est intermittente et non cyclique ou saisonnière (comme chez d’autres mammifères). Le moment de fertilité n’a pas de signalisation (manifestation extérieure). Il n’est pas non plus indiqué par une intensité particulière de la pulsion sexuelle » (Tabet, 1998, p. 89).

prise d’une contraception d’urgence par les jeunes femmes, comme on a pu l’apercevoir avec Cindy, Anne-Laure ou Julia, c’est bien que les individus opèrent une classification ou, au moins, qu’ils différencient les rapports sexuels selon leur « dangerosité », c’est-à-dire selon un seuil d’exposition à une grossesse non prévue. Les entretiens nous ont permis de constater que les acteurs hiérarchisent le risque de grossesse selon leur investissement et celui de leur partenaire dans la relation, mais il faut également tenir compte de leurs histoires sentimentales, sexuelles, contraceptives passées. On comprend alors que le recours à une protection n’a rien de systématique dès lors que s’instaure, entre autres, un sentiment de sécurité ou de confiance entre deux personnes. Dans son étude sur la confiance, Sharman Levinson (2003) montre que les individus tirent des *leçons* de ce qu’ils ont vécu, à partir desquelles ils reconstruisent *l’avant* pour mieux construire *l’après*, c’est-à-dire le *maintenant*. Nous observons un schéma identique quant à la gestion de la contraception d’urgence. Les récits des jeunes femmes montrent une tendance à la hiérarchisation de l’exposition au risque de grossesse. Ainsi, pour beaucoup des jeunes femmes qui ont utilisé plusieurs fois la contraception d’urgence, le risque de grossesse suite à un rapport non ou mal protégé est considéré comme élevé (même si elles ont pris la contraception d’urgence).

« J’étais assez optimiste quand même [sur l’efficacité du produit]. Je me disais que j’aurais vraiment pas de bol si ça marchait pas sur moi. Donc euh... ouais surtout la dernière fois j’ai eu peur. Parce que je me suis dit « putain je l’ai déjà prise pas mal de fois » il paraît en plus que ça marche de moins en moins bien parce que ton corps est habitué un minimum... forcément. Donc j’ai eu peur, surtout les dernières fois où je l’ai prise, je flippais trop » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Il semble que les jeunes femmes qui vivent une relation « *longue* », envisagent plus fréquemment que les autres qu’un rapport sexuel non ou mal protégé puisse donner lieu à une grossesse. Ce qui est également le cas lorsque la contraception est « *un problème de couple* ». La gestion de la contraception d’urgence est donc à mettre en lien avec le contexte relationnel, avec le « *projet affectif* » dans lequel elles se trouvent.

« Le premier, bah après je lui ai dit que j’allais prendre la pilule du lendemain, je lui ai dit et tout et une fois on l’a achetée ensemble et une autre fois il l’a achetée tout seul. Lui il était très, il s’inquiétait beaucoup pour moi oui. Lui il était très attentionné. Oui. Et puis une fois aussi je l’ai prise c’était avec celui de maintenant... mon actuel. Parce que des fois je sens pas trop s’il éjacule ou pas. Et là je savais pas... J’étais pas sûre et donc je lui ai pas demandé et j’ai pris la pilule du lendemain. Je lui ai pas dit. Bah parce que des fois on fait l’amour plusieurs fois de suite et bah je sais pas il doit en rester ou je sais pas quoi... et du coup... bah je la prends... et je lui ai pas dit. Non. Mais j’aurais pu lui dire. Mais (...) je préfère m’arranger toute seule. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Avec son partenaire « *actuel* », un homme marié, dont elle ne sait pas si elle est amoureuse ou non, la contraception n’a jamais fait l’objet d’une discussion. Pour Aurélia, « *c’est [son] affaire* ». Elle n’a pas de protection personnelle mais ne prend pas la contraception d’urgence à tous les rapports *sans rien* « *car il ne faut pas en abuser* ». Lorsqu’elle sent que son partenaire, éjacule elle la prend, lorsqu’elle sent qu’il s’est retiré au « *bon moment* » elle ne fait rien. Son ressenti est influencé par les réactions de son partenaire qui lui dit quand il considère avoir bien géré ou non la situation, et lui conseille ou non de réagir. Elle explique que si elle était enceinte, la question ne se poserait pas, elle avorterait ; ce qui l’inquiète le plus c’est d’avoir une maladie car « *c’est pas aussi simple* » dit-elle.

Avoir recours à la contraception d’urgence (ou se poser la question de la prendre), c’est remettre en cause explicitement sa contraception/protection et/ou celle de son partenaire. C’est prendre le risque d’une remise en cause plus générale de la relation sentimentale, sur la confiance en l’autre par exemple. Douter du retrait de son partenaire c’est aussi douter de son partenaire, or il paraît plus facile de douter d’un partenaire duquel on n’est pas amoureuse que du petit ami avec lequel on se projette, avec qui on envisage « *de faire un bout de sa vie* ». Il est nécessaire d’ajouter que les « risques sanitaires » (Levinson, 2003), c’est-à-dire les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non prévues, doivent être envisagés en lien avec les risques « affectifs » liés à la relation à l’autre. Les risques de rejet, de rupture, de trahison mais aussi d’indifférence de la part du petit ami, de l’amoureux, apparaissent comme des points centraux dans les biographies sexuelles et contraceptives des jeunes femmes interrogées, qui permettent de comprendre les recours à la contraception et plus précisément à la contraception d’urgence.

À travers les récits des quatre jeunes femmes abusées sexuellement¹³, nous avons pu mettre en lumière le principe des « arrangements contraceptifs ». Par leurs biographies contraceptives, elles illustrent les différentes formes de protection et leurs propos nous ont aidé à clarifier la distinction entre « protection relative » et « protection absolue » (Delor, 1999). Toutes les quatre ont mis l’accent sur la nécessité d’« *être consentante* » lors du rapport sexuel pour le concevoir en tant que tel.

¹³ Le récit du contexte et de « l’après » de leurs agressions a permis de saisir la complexité qui réside dans le choix d’avoir recours à la contraception d’urgence suite à un rapport non protégé.

La spécificité de l'« arrangement » après un viol

Quatre des jeunes femmes rencontrées ont été agressées sexuellement. Leurs récits ont permis de saisir à quel point l'usage de la contraception d'urgence dépend du contexte du rapport sexuel et plus largement de la relation entre les partenaires. En effet, contrairement à de nombreux rapports non ou mal protégés, les rapports sexuels forcés ne font pas l'objet des mêmes craintes, ni des mêmes préoccupations. Alors qu'elles ont toutes utilisé la contraception d'urgence (au moins une fois), une seule l'a peut-être fait à la suite de son agression. Élise, Nya et Laetitia affirment n'avoir « rien fait » et « rien pris », elles n'ont pas été à l'hôpital ni au commissariat pour dénoncer ce qu'il s'était passé. Anne-Laure par contre se demande si on ne lui a pas donné au centre de planification familiale où elle s'est rendue suite à son agression (elle n'a pas été au commissariat et n'a pas entrepris les démarches conseillées par les animatrices du centre). On pourrait chercher à expliquer « l'immobilisme » des jeunes femmes par la méconnaissance des lieux de soins et/ou les fragiles connaissances du fonctionnement biologique du corps et/ou des méthodes contraceptives, mais cela risquerait d'être un peu réducteur. Élise, Nya et Anne-Laure¹⁴ savaient, avant leur agression, qu'il existait des lieux d'accueil suite à une agression sexuelle ; et si elles avaient déjà entendu parlé de la contraception d'urgence, toutes ignoraient en revanche l'existence de la « trithérapie d'urgence » comme l'appelle Fanny, qui est un traitement en cas de risque d'exposition au VIH (dit « traitement prophylactique post-exposition », il dure 28 jours).

À 13 ans, Anne-Laure est allée à un concert en cachette de ses parents. Prétextant aller dormir chez une amie, elle part avec ses « nouveaux amis (...) beaucoup plus vieux » que ses parents refusent qu'elle fréquente, « ce sont de mauvaises fréquentations pour eux ». C'est lors de cette sortie qu'elle s'est fait agresser par des inconnus. Elle parle de séquestration avec « peut-être plusieurs hommes » même si ses souvenirs sont « très confus ».

« J'essaie d'oublier. Mais en même temps, c'est confus dans ma tête ce qui s'est passé ce soir-là et c'est vachement présent... Je sais pas comment expliquer »
(Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

¹⁴ Laetitia a été abusée à un âge plus jeune que les autres (11 ans) par un ami de ses parents, cela a duré plusieurs années sans qu'elle n'en parle. Elle n'était pas réglée la première fois et dit ne jamais avoir pensé qu'il était possible d'être enceinte à la suite de tels rapports.

Sortie sans l'accord de ses parents, qu'elle considère comme « *trop stricts* » (son père était officier dans l'armée), elle n'envisage pas de leur parler de son agression, se sentant « *responsable* » et « *coupable* » de la situation. Ses amies du collège dénigrant ses « *nouveaux amis* », elle ne peut pas non plus leur en parler. Isolée, elle décide seule d'aller au planning familial.

« J'ai été au planning familial. Ils m'ont fait tous les tests et tout. Mais non j'ai pas pris la pilule du lendemain, ou à l'insu de mon plein gré. Peut être qu'ils me l'ont donnée et que j'ai pas vu... Mais sinon, je devais savoir que ça existait... Heureusement qu'il y a des gens autour de toi, parce que dans ces cas-là, t'es incapable de faire quoi que ce soit ! » (Anne-Laure, 23 ans, étudiante en maîtrise de sociologie)

Anne-Laure a continué à fréquenter le planning familial pendant quelques semaines, puis a arrêté une fois que les tests se sont révélés négatifs. Elle a refusé l'écoute proposée par les conseillères conjugales de peur qu'elles ne l'incitent à en parler à ses parents. Laetitia, Nya et Élise, elles, n'ont été voir personne après leur agression, « *attendant que ça passe* ». Aucune des trois n'a entrepris de démarches pour obtenir la contraception d'urgence, ni de traitement prophylactique contre le sida.

Le récit d'Élise aide à comprendre pourquoi elle n'a pas utilisé la contraception d'urgence après le viol. Avec ses parents (mère, beau-père), les uniques sujets de discussions étaient l'école et ses résultats scolaires : elle se devait de réussir malgré tout, « *je suis d'un mauvais statut social* », puisqu'elle est « *l'espoir de ses parents* ». Ainsi, ses parents ne lui ont jamais dit « *comment on faisait les bébés* », c'est une cousine qui lui a appris ; pour le reste, c'est au collègue qu'elle entend parler des règles (et autres « *changements du corps* » liés à la puberté) et du planning familial.

« J'étais petite, elle [sa cousine] m'a dit... Je devais avoir 7 ou 8 ans... et parce que moi je croyais à la petite graine et bon, elle du coup elle m'a dit : « Nan tu sais c'est l'homme et la femme ils se font un gros câlin, ils se prennent dans les bras... ». Et puis, elle m'a expliqué euh... qu'il fallait beaucoup d'amour et que alors ça marchait. » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

Les garçons et les relations amoureuses étaient aussi des sujets proscrits dans la famille d'Élise. Pour ne pas décevoir les espoirs de ses parents, elle a veillé à conserver la figure d'une bonne élève plutôt que de leur révéler une autre dimension, plus intime, de son identité, qui aurait pu leur faire croire à son désintérêt ou à son désinvestissement pour l'école.

« Les garçons, fallait pas ! C'était l'école, l'école, l'école. Surtout pas les garçons ! Nan surtout pas ! Donc ils ont jamais été au courant quand je suis sortie avec un garçon ! » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

À 13 ans, Élise fait son « *premier bisou* » et « *commence à s'intéresser aux garçons* » (sa meilleure amie est sa seule confidente informée de ses aventures sentimentales). Cette période de flirts et de « *fleur bleue* » a été interrompue quand à 16 ans, elle a été forcée à avoir des rapports sexuels¹⁵. Élise s'est fait violer deux fois (à quelques mois d'intervalle) par son cousin germain (plus âgé de trois ans). La première fois, il « *[l']avait fait boire plus qu'[elle] ne le souhaitait* » et elle se demande s'il ne l'avait pas droguée avec la « *pilule de l'oubli* » (le GHB¹⁶) car elle ne souvient de rien ; seulement de son réveil : elle s'est découverte quasiment nue et en train de saigner.

« Il [son cousin] m'avait emmenée donc on est allés chez des potes à lui et tout ça et puis je sais pas ce qui s'est passé euh... Parce qu'il a même pas voulu le dire au tribunal. Mais ce qu'il y a c'est que je me souviens de quasiment rien... Juste que le matin je saignais. Donc y avait aucun doute ! » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

Quand ils se recroisaient en famille, son cousin lui faisait des réflexions sur « *la douceur de [sa] peau* » ; ce qui ne faisait que supprimer l'infime part de doute qui subsistait. Quelques mois après, son cousin est venu rendre visite à ses parents et l'a violée dans sa chambre sans prendre le temps d'altérer ses souvenirs (la mère d'Élise, ne sachant rien de la première fois, était partie faire une course¹⁷). Élise a dû gérer seule la situation les deux fois, même si ses connaissances en matière de contraception/protection étaient très partielles, quasi inexistantes à cette période ; elle n'avait jamais entendu parler de la contraception d'urgence.

« Nan je ne connaissais pas [la contraception d'urgence]... Enfin si... Mais je sais pas, mais j'ai vu l'affiche à l'infirmierie après [le premier viol] ! Donc je savais pas. Et puis je sais pas, c'est pas venu à l'esprit qu'il pouvait y avoir des conséquences physiques de ça ! » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

Ne réussissant pas à réaliser que son cousin ait pu lui faire « *ça* », il n'était pas possible non plus qu'elle soit enceinte de cet homme dans ces conditions, explique-t-elle. S'inquiéter d'être enceinte, aller au planning familial, prendre la contraception

¹⁵ Elle ne considère pas ces rapports forcés comme des « vrais premiers rapports sexuels » dans la mesure où elle ne les a pas souhaités et n'a pas choisi son partenaire (Le Gall, Le Van, 2007). Lorsqu'elle parle de son premier rapport, c'est celui qu'elle a eu avec Franck, qu'elle a choisi.

¹⁶ « On définit le GHB (acide gamma hydro butyrique) comme un anesthésiant euphorisant, également utilisé dans un cadre médical, pour les anesthésies générales notamment. On le trouve principalement dans les boîtes de nuit et fêtes où il est vendu illégalement pour [...] 15 euros la dose, sous la forme de poudre, cachet ou liquide. Ses effets sont aussi très rapides : sensation d'ivresse avec flottement, perte d'équilibre et de repère de temps, levée conséquente de la sensibilité et de l'inhibition, impression de bien-être, hypersensibilité, euphorie. Une forte dose se traduit par une réelle action hypnotique, le manque de souvenirs au réveil, et même dans le pire des cas des convulsions ou des comas. Cette triade hypnotique-désinhibant-aphrodisiaque évoque toute la dangerosité de ce qu'elle peut entraîner et explique cette singulière appellation de "drogue du viol" » (<http://www.filsantejeunes.com/La-drogue-du-viol>).

¹⁷ Comme Anne-Laure, Élise n'a parlé de ces abus que deux ans après à ses parents et à ses amies.

d’urgence ou alerter son entourage auraient été des manières, pour Élise, de rendre concret ce viol, de le reconnaître comme ayant réellement existé, ce qui pour elle était trop insupportable. Prendre la contraception d’urgence contraint les femmes à reconnaître qu’il y a eu un rapport sexuel consommé, que cet acte appartient désormais à leur histoire de manière indubitable. Dès lors, l’angoisse de la maternité vient s’ajouter à celles directement liées à l’acte, au viol.

« J’ai pas voulu en tenir compte [du premier viol]. Ouais j’ai reculé ça au dernier plan et puis euh... Du coup bah j’en ai pas tenu compte. Et puis après [le deuxième viol], c’est vrai je me disais « Est-ce que je vais avoir mes règles et tout ? ». Et je les ai eues deux semaines en retard tellement j’étais stressée quoi... Donc voilà ! Et à ce moment-là j’en ai parlé à personne ! Parce que pour moi je me disais « Nan c’est pas possible, ton cousin il a pas pu te faire ça » Et donc nan je l’ai vraiment refusé... » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

En raison des circonstances du second viol (elle était pleinement consciente à ce moment-là), Élise a eu peur d’éventuelles conséquences possibles de ce rapport. Toutefois, si elle n’a pas pris la contraception d’urgence, c’est qu’elle n’imaginait pas que *« quelque chose puisse se créer dans ces conditions »*, mais elle a tout de même guetté ses règles. Malgré un certain retard (qu’elle attribue à son angoisse), ses règles sont bien arrivées, le viol ne donnait donc pas lieu à une grossesse, cela ne *« s’étalerait pas dans le temps »*. Élise explique que craindre une grossesse, prendre la contraception d’urgence, c’est concrétiser les rapports sexuels à risque et dans son cas les viols. C’est également admettre qu’il est possible d’être enceinte de son cousin, ce qu’elle refusait (et refuse encore) d’imaginer. Ainsi, ne *« rien faire »* suite aux viols était pour elle une façon de se protéger en faisant *« comme si rien n’avait existé »*. Ce qui explique également pourquoi elle n’a pas entrepris de faire un test de dépistage ; car celui-ci aurait aussi eu pour fonction de faire reconnaître le rapport sexuel. Un an après, Élise a rencontré Franck, à qui elle s’est confiée pour la première fois. *« Au début [de leur relation] il ne se passait rien »*, puis ils ne faisaient *« que de s’embrasser »*. Franck a patienté et l’a laissée désirer sa première fois. Au bout de cinq mois, elle *« avait envie de devenir comme tout le monde, d’avoir une sexualité comme tout le monde »*. Entrer dans la normalité et faire comme ses copines était important, ils ont donc commencé à avoir des rapports sexuels, avec difficulté¹⁸. Les difficultés que Franck et Élise ont rencontrées lors des premiers rapports sexuels rendaient impossible l’utilisation d’un

¹⁸ Sa première fois avec Franck (et les suivantes) *« ne s’est pas bien passée »* : Élise a eu mal, s’est sentie mal, a convulsé plusieurs fois avant qu’ils n’arrivent à *« avoir leur première fois jusqu’au bout »*. Puis, elle a mis beaucoup de temps pour apprécier le contact charnel et le rapport sexuel.

préservatif ; quant à la pilule, Élise n’envisage pas de la prendre. Elle refuse tous les types de médicaments quels qu’ils soient et évite d’avoir un contact avec les médecins depuis une dépression et deux tentatives de suicide à la suite desquelles elle a été hospitalisée et « *complètement droguée par les docteurs* », dit-elle. Sous sa forme orale, la contraception ne lui paraît pas pensable en raison de la fréquence et de la rigueur qu’il faut avoir pour la prendre, mais elle ne connaît aucune autre méthode (excepté le stérilet).

C’est avec Franck qu’Élise a pris la contraception d’urgence, avec lui elle avait désiré avoir des rapports sexuels pour être « *normale* » et se « *rapprocher encore plus de lui* ». Ce fut la méthode la plus adéquate à sa situation (avec le calcul des dates et le retrait).

« La pilule du lendemain en fait je l’ai prise. Bon bah... Parce qu’au début, c’est vrai, on se protégeait pas avec mon copain. Donc euh... C’était pas bien ! Bon moi aussi je me faisais engueuler par mes copines ! » (Élise, 19 ans, étudiante infirmière)

Avec des « *problèmes* » de jeunes, la contraception d’urgence lui permettait d’avoir (et de dire) une sexualité « *normale, c’est-à-dire comme les autres* ». Elle pouvait échanger avec ses copines sur les méthodes contraceptives plus ou moins efficaces et celles-ci lui rappelaient le devoir de « *faire plus attention* » et la nécessité de se protéger (Élise ne s’est jamais inquiétée du sida, peut-être parce qu’elle connaissait son agresseur ; et aussi parce que les IST sont des risques plus diffus et moins perceptibles que celui de la grossesse). Les propos d’Élise mettent en évidence combien l’utilisation de la contraception d’urgence est liée à la reconnaissance du rapport sexuel, et combien elle est dépendante du contexte affectif dans lequel il se déroule. Nya, à qui l’on a demandé si elle avait pris la contraception d’urgence suite à ses agressions, a donné une réponse similaire.

« Non. Non j’ai rien fait. Non j’ai rien pris. Car je pense qu’à ce moment-là, pour moi, ça voulait dire que j’avais couché avec quelqu’un... Alors que moi j’avais voulu coucher avec personne ! » (Nya, 20 ans, lycéenne)

Les jeunes femmes rencontrées qui ont subi des agressions n’ont donc pas pris la contraception d’urgence pour prévenir une grossesse suite à un viol¹⁹ ; toutefois cela ne les a pas empêchées de l’utiliser par la suite, lorsqu’elles ont choisi et accepté des rapports sexuels. Il semblerait donc qu’assumer et accepter un rapport sexuel

¹⁹ Les résultats de l’enquête ENVEFF (2003) montrent que parmi les victimes de viols 12 % déclarent avoir été enceintes à la suite de ce rapport forcé ; dans un tiers des cas il s’agit de femmes de moins de 18 ans. Les deux tiers ont eu recours à une IVG.

conditionne les méthodes contraceptives et plus particulièrement la prise de la contraception d’urgence (et de prophylaxie post-exposition au VIH). Une partie de la décision d’avoir recours à la contraception d’urgence se joue donc ailleurs que dans la prise de risque effective. Cela implique avant tout de reconnaître que le rapport sexuel peut être fécondant. La mise à distance du risque de grossesse et l’absence de discours sur le VIH s’expliquent par le fait que trois des quatre jeunes femmes n’ont pas pensé qu’une fécondation pouvait avoir lieu « *dans ces conditions* » (l’amour et le désir étant absents), et ont tenté par tous les moyens d’oublier, de ne jamais formuler ce qu’elles avaient vécu (aucune des quatre jeunes femmes n’a dû faire face à une grossesse non prévue suite à son (ses) agression(s)). Une grossesse et même la seule éventualité d’avoir à imaginer cette situation n’aurait que concrétisé un peu plus ce rapport sexuel subi, vécu dans la violence physique (Nya, Anne-Laure, Élise, Laetitia) ou sous la contrainte (Siria, Agnès ou Fatima).

Ces entretiens permettent de comprendre les jeunes femmes ayant eu une biographie sexuelle qu’elles nomment « *compliquée* » (comme Siria, Agnès, Fatima ou Farida) qui ont eu des rapports non désirés (mais influencés). Elles ont cédé sans consentir, pour reprendre l’expression de Nicole-Claude Mathieu. Entre ses 17 et ses 22 ans, Siria a eu des partenaires sexuels qu’elle ne désirait pas, elle cédait à leurs avances parce qu’une femme doit « *assumer de plaire* » ; elle dit qu’elle était alors une « *violée consentante* ». Elle n’utilisait pas la pilule parce qu’elle lui donne des boutons et la « *rend mal* » (nausées, vomissements, sentiment dépressif) et ses partenaires mettaient des préservatifs uniquement s’ils en avaient envie : elle n’arrivait pas à leur imposer, ni à se l’imposer.

« *Mettre un préservatif signifiait faire les choses bien, or pour moi ce que je faisais n’était pas bien. La capote bah ça veut dire assumer l’acte sexuel et j’assumais pas l’acte sexuel.* » (Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

Siria adhère à la norme et au scénario contraceptifs. Néanmoins cela devenait difficile lorsque les rapports cédés n’étaient pas désirés, ni assumés, rapports d’où les ingrédients essentiels de la relation amoureuse (authenticité, réciprocité) sont absents. « Les normes, projets et perceptions de soi, élaborés au sein d’un monde social peuvent être exclus du monde de la relation sexuelle, ce dernier fonctionnant alors sur le mode de la parenthèse, de l’abstraction ou de la honte » souligne François Delor (1997, p. 104). Ainsi, lorsque Siria sort en discothèque, elle s’abstrait du monde de jeune étudiante auquel elle appartient, mais aussi de l’ensemble des normes qui gère la

relation sociale et sexuelle, dont par exemple, la prudence ou la protection d’autrui (Delor, 1997). Pour Siria, imposer et utiliser un préservatif, c’est reconnaître le rapport sexuel et le désir que les femmes sont censées ressentir. Puisqu’elle ne le désirait pas, elle s’est conformée aux volontés de ses partenaires ; elle ne pouvait « *bien faire les choses* » à partir du moment où elle se désinvestissait du rapport et « [s]’*exécutait* ». Les quatre fois lors desquelles elle a utilisé la contraception d’urgence, elle désirait le rapport et ne se considérait pas comme « *la prostituée* » de son partenaire, mais avait le rôle de la petite amie. La relation étant « *normale* », ils pouvaient alors « *faire ça bien* », et prendre la contraception d’urgence à la suite d’un retrait mal géré.

« Je pense que j’étais tellement barrée de la gueule, que tous les sentiments sont venus après. Donc le flippe de la grossesse, des MST et du sida c’est venu après »
(Siria, 24 ans, étudiante en DEUG de droit)

À partir du moment où sa relation n’était plus fondée sur « *la soumission à un homme* », mais sur un échange avec un homme, elle avait « *conscience des risques* » (grossesse, IST et/ou sida) d’un rapport non ou mal protégé. Rétrospectivement, elle estime « *avoir eu de la chance* » de ne pas avoir été enceinte suite à un de ces rapports ni protégé, ni contracepté.

Tout se passe donc comme si un projet affectif « solide » conditionnait une utilisation de la contraception d’urgence plus fréquente pour éviter l’avortement, et a contrario, un projet affectif « fragile » impliquait une méfiance accrue à l’égard des IST (à défaut bien souvent de la grossesse). La question de l’avortement aide à comprendre les enjeux dans l’utilisation de la contraception d’urgence, car s’il y a une différence dans les conséquences d’un rapport non ou mal protégé selon le type de relation amoureuse, la gestion de la contraception d’urgence peut aussi être différente. Les jeunes femmes ont des critères (flous et fluctuants) du rapport sexuel potentiellement fécondant. Ils sont très souvent liés à la vie amoureuse et élaborés en partie lors des discussions entre pairs. Entre amies, l’absence de contraception ou de protection avec le partenaire fixe amène à parler de tests de grossesse, d’avortements et parfois de parentalité. Lorsque c’est avec un partenaire de passage, les questions autour du test de dépistages, et des infections sexuellement transmissibles prennent le dessus. La socialisation à la sexualité et à la contraception se fait ainsi tout au long des événements vécus, par l’intermédiaire de relations interpersonnelles où se transmettent les “règles du jeu social” (normes et valeurs). La jeune femme « les assimile et les intériorise (plus ou moins bien) et

construit, avec les autres informations qu'elle a pu recevoir, une représentation (plus ou moins cohérente) de la société dans laquelle elle vit, et de la place qui lui est assignée dans celle-ci : ce qui lui permet d'ajuster ses attentes envers les autres » (Novaes, 1982, p. 476). La socialisation à la contraception et à la sexualité permet de comprendre en partie l'utilisation non systématique de la contraception d'urgence en cas de rapports non ou mal protégés. Il y a, en effet, une dissociation entre un partenaire duquel les jeunes femmes pourraient tomber enceintes et un partenaire duquel elles pourraient avoir une maladie. La décision d'utiliser la contraception d'urgence est donc bien liée au contexte relationnel dans lequel se produit le rapport. Les jeunes femmes ont tendance à se protéger derrière une vision binaire de la réalité qui ferait de l'amoureux un risque de grossesse et du partenaire de passage un risque d'infections ; ce qui renvoie en quelque sorte aux principes plus anciens qui rendaient nécessaire l'orgasme pour la conception (McLaren, 1996).

Les jeunes femmes rencontrées adaptent les recommandations sanitaires aux situations vécues. Elles effectuent des arrangements avec leur contraception et leur protection selon le contexte de leurs relations sexuelles : il y a donc une redéfinition de la règle puisque si elles admettent presque toutes qu'un rapport non ou mal protégé doit être assuré par une contraception d'urgence (adhésion à la norme contraceptive), elles ne partagent pas toutes la même définition du rapport *non* ou *mal* protégé.

2. UNE UTILISATION UNIQUE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Si le premier rapport sexuel est parfois prévu, ou au moins anticipé (et imaginé par les jeunes femmes), il semblerait que ce soit moins souvent le cas pour les rapports suivants. De plus, si presque toutes les jeunes femmes rencontrées ont eu leur premier rapport avec une protection/contraception, ce n'est pas pour autant que tous les rapports suivants se déroulent dans ces conditions. Le premier rapport sexuel informe donc peu sur les pratiques sexuelles et contraceptives des individus et ne laisse rien présager de leur biographie sexuelle et contraceptive.

À l'exception du rapport inaugural, les débuts de la biographie sexuelle sont caractérisés par une forte imprévisibilité dans le déroulement des rapports, ce qui expose les jeunes femmes au risque « d'imprévoyance contraceptive » (Durand, 2002) ; d'autant plus qu'un rapport sexuel inattendu laisse peu de place à la discussion (ou

négociation) de la contraception/protection (chapitre 8). Les méthodes liées à l'acte peuvent permettre de palier au manque de discussion et de négociation : le préservatif et le retrait sont de ce fait les méthodes les plus employées par les jeunes femmes interrogées. Les « ratés » contraceptifs sont donc fréquents dans les premiers temps de la vie sexuelle active, puisqu'on sait que 33 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont déjà eu recours à la contraception d'urgence²⁰ (Lydié, Léon, 2005a ; Vilain, 2006) et que ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui ont le plus souvent recours à l'IVG (27 IVG pour 1000 femmes chez les 20-24 ans et 23 IVG pour 1000 femmes chez les 18-19 ans en 2004 rappelle Annick Vilain).

Parmi les 64 jeunes femmes interrogées, 21 ont utilisé une seule fois la contraception d'urgence ; mais leurs pratiques contraceptives et leur recours à la contraception d'urgence ne sont pas uniformes, comme le montrent les entretiens de Lydie, Adriana, Sandra et Hélène.

La gestion difficile d'une contraception quotidienne

Selon les professionnels de santé, l'utilisation quotidienne de la pilule dès les premiers rapports induirait une régularité dans la prise qui aiderait à ce qu'au fil du temps cela devienne une habitude²¹, « un réflexe », l'objectif étant d'éviter les oublis de pilule et d'empêcher le recours à la contraception d'urgence. Toutefois, même si ce sont les objectifs visés par les professionnels et imposés aux jeunes femmes, il est évident que le risque zéro n'existe pas et que bien des utilisatrices ont des difficultés à gérer leur contraception quotidienne. Néanmoins il semble que celles qui aient utilisé la pilule dès leur première histoire « longue » et « sérieuse » et qui ne l'ont pas interrompue depuis ont plus rarement recours à la contraception d'urgence.

Depuis 6 mois, Lydie habite seule dans une chambre au-dessus de chez sa mère²² avec qui elle « s'entend bien », elle a 21 ans et poursuit des études de communication. Les discussions mère-fille ont porté le plus souvent sur l'école et la réussite scolaire ; en

²⁰ La contraception d'urgence peut être la première méthode hormonale utilisée et à ce titre inaugurer la biographie contraceptive hormonale sans pour autant être la première méthode contraceptive utilisée (préservatif).

²¹ Les habitudes ne s'acquièrent pas si facilement, et ne sont pas le fruit d'une attitude réfléchie, elles s'imposent à l'individu sans que celui-ci s'en rende forcément compte (Kaufmann, 2001). « La sédimentation des habitudes est un processus étonnamment linéaire. Continu, régulier : un processus d'accumulation ». L'auteur insiste en soulignant que « l'homme n'a pas des habitudes, il est fait d'habitudes, il n'est presque fait que d'habitudes pour ce qui concerne la régulation de l'action » (Kaufmann, 2001, p. 155).

²² Le studio est situé dans le même immeuble, un étage au-dessus, mais il ne comporte ni cuisine, ni salle de bains.

conséquence Lydie n'a jamais posé de questions à sa mère sur la sexualité, certaine qu'elle « [la] voyait toujours comme une petite fille », et préférant avoir l'avis de ses copines. À la fin du collège, Lydie a cherché à accroître les dimensions de son monde personnel ayant rapport avec sa féminité. Par exemple, elle a voulu se faire épiler pour se mettre en jupe et aller à la piscine avec ses amis. Sa mère a refusé. Un peu plus tard dans la même année, elle a voulu prendre rendez-vous chez le gynécologue pour s'informer sur la contraception, et la réponse a été la même. Se sentant dans l'obligation de réagir, sa mère a tenté d'aborder la sexualité avec elle le jour de ses 15 ans, pensant que c'était le « *bon moment pour le faire* ». Mais « *c'était déjà trop tard, c'était déjà fait* » dit Lydie avec humour.

« Pour ma mère gynéco ça voulait dire pilule. Et bon pour ma mère, il valait mieux retarder un maximum... le fait de prendre la pilule. Parce que ça a toujours été un peu comme ça avec ma mère... Elle a toujours voulu retarder les épilations. Je t'explique même pas, parce que j'ai eu les jambes poilues jusqu'en 3^{ème}. Donc je te raconte pas pour draguer les mecs bah voilà ! C'est pas hyper pratique ! Nan parce qu'il faut pas que tu te rases les jambes, tu retardes, tu retardes et puis t'as l'air maligne en 3^{ème} ! » (Lydie, 21 ans, étudiante en DUT de communication)

La mère a cherché à retarder le plus possible le moment de voir les palliers significatifs de la construction en tant que jeune et femme que vivait sa fille. Symboliquement, elle a refusé qu'elle s'épile les jambes sous prétexte que « *les poils repoussent plus dur après* ». Elle a repoussé le rendez-vous chez le gynécologue car « *c'était trop tôt, j'en avais pas besoin selon elle* ». Elle a également refusé que sa fille prenne la pilule, « *parce qu'il ne faut pas la prendre trop longtemps dans sa vie*²³ » et donc qu' « *il faut reculer un maximum le début de la prise* ». Toutes les tentatives d'affirmation de la féminité de Lydie ont été freinées par sa mère, cette dernière estimant que des étapes devaient être franchies (symbolisées par la classe et/ou par l'âge). Olivier Schwartz expliquait que le refus de la pilule par les mères permet de mesurer « la force des résistances que suscitait chez les mères l'acceptation de la sexualité de leurs filles. L'affirmation féminine et sexuelle de celle-ci les plaçant l'une et l'autre en position de rivalité directe, la mère accordait à sa fille le droit que lui donnait son âge, mais en l'accompagnant d'une rétorsion telle qu'elle lui fasse payer au prix fort. L'arme idéale c'était le refus de la pilule, assorti de menaces de sanction en cas de grossesse prématurée. » (Schwartz, 1990, p. 213). Au lycée, Lydie a rencontré Jérôme avec qui

²³ Sa mère craint qu'une « *trop longue utilisation de la pilule [la] rende stérile et [lui] fasse oublier l'utilité du préservatif* ». Elle a refusé jusqu'à ses 19 ans de lui financer un rendez-vous chez le gynécologue.

elle est encore au moment de l'entretien²⁴. C'est seulement après avoir constaté que la relation entre Jérôme et Lydie était « durable » (cela fait 5 ans qu'ils sont ensemble) que la mère a toléré la relation et autorisé sa fille à consulter un gynécologue, l'autorisant ainsi à prendre la pilule (l'année de ses 18 ans). Comme si Lydie avait quitté ses habits de « petite fille » à ses 18 ans (majorité civile) et avait le droit (voire le devoir) de revendiquer son identité de jeune et son identité de femme et surtout de les voir reconnaître par sa mère.

Avec Jérôme, ils ont utilisé le préservatif pendant tout le début de leur relation et n'ont jamais dérogé à la norme à laquelle ils adhéraient tous les deux. Ils avaient à la fois « l'esprit et la règle » (Bajos et al., 2002, p. 50) dans la mesure où ils légitimaient la norme en y adhérant. Aussi le préservatif et la pilule avaient chacun un rôle particulier dans leur biographie sentimentale, puisque la pilule soulignait une « mise en couple ». Si le recours à la pilule est parfois retardé (à cause des conditions/restrictions d'accès) dans le cadre de relations amoureuses et durables, les jeunes femmes l'attendent patiemment en utilisant des préservatifs. Mais avoir l'esprit et la règle ne protège pas des imprévus : le préservatif « s'est percé » ou a « craqué » au cours d'un de leurs rapports sexuels. S'ils ont eu un « doute pendant » l'acte, en revanche « c'est à la fin du rapport, en voyant le préservatif vide que [Lydie a] paniqué ».

« C'était à l'époque où y avait que préservatif, et puis... Au moment où bah voilà j'entends « ploc » et je réagis pas et à la fin euh... euh... y a plus rien là ! Y a un trou ! Donc panique ! Panique, je m'effondre en larmes, je pleure. » (Lydie, 21 ans, étudiante en DUT de communication)

Observateur de la situation dans un premier temps, Jérôme a ensuite eu peur. Leur capacité à contrôler leurs rapports sexuels et à parer à une éventuelle grossesse était remise en cause. Le préservatif était pour eux la bonne méthode, qui avait fait ses preuves tant dans leurs expériences précédentes que depuis le début de leur relation, mais qui ne pouvait pas continuer à être utilisé s'il était source de « problèmes » ou d'« accidents » (comme le dit Lydie). Se sentant tous deux responsables et concernés par la situation, ils ont géré la situation à deux.

²⁴ Au bout de la première année, Jérôme a rompu pour prendre du recul, mais ils se sont finalement remis ensemble quelques mois après (pendant la rupture elle a eu un autre partenaire et soupçonne que Jérôme aussi, même s'il ne veut pas lui dire). Avec Jérôme, Nicolas et Franck (avec qui elle a eu des relations « de passage »), Lydie a toujours utilisé le préservatif, sa mère étant contre la pilule pour les filles trop jeunes et préférant « offrir une grosse boîte de préservatifs » à sa fille à ses 17 ans (alors qu'elle était avec Jérôme depuis plus d'un an).

« Il me dit “Non attends on va se débrouiller“. Et donc tu vois, sûr de lui, l’homme viril et tout... et d’un coup petit garçon il se met à pleurer ! Du coup je lui dis “nan c’est pas le moment il faut se ressaisir ! On va aller chez le médecin“. On est partis à pieds jusqu’à son médecin de famille à pieds. Il habite la ville à côté... On n’était pas fiers du tout, et il voulait pas se faire griller par sa mère qui était dans le coin donc forcément à un moment dans cet horaire-là. Et donc on a été chez son médecin super sympa, qui était super cool... et il a expliqué le problème et entre deux portes il m’a donné la pilule du lendemain, qui n’était pas la pilule en elle-même mais une plaquette où il m’a donné 2 pilules et il m’a expliqué comment les prendre. Donc j’ai pris ça sur le moment et puis donc je suis rentrée le soir et je devais la reprendre le lendemain (...). Et puis y a pas eu de problème ! » (Lydie, 21 ans, étudiante en DUT de communication)

Le partage des responsabilités entre Lydie et Jérôme vise à établir que chacun est responsable de sa propre protection dans le rapport sexuel mais également de la protection de l’autre, d’où le sentiment de se sentir responsable de la situation et des conséquences pour l’autre²⁵. Cet « accident » a eu des conséquences sur la biographie contraceptive de Lydie.

« Au début c’était préservatif, y a eu un accident et du coup après j’ai pris la pilule... Histoire de s’assurer qu’il y aurait pas 250 accidents ! (...). Du coup j’ai demandé à ma mère l’adresse de son gynéco parce que je voulais y aller. Parce que ça faisait quand même un moment qu’il aurait fallu que j’y aille. Sans préciser ce qui s’était passé quoi ! Et du coup, j’ai pris la pilule à partir de ce moment-là ! (...) C’était un accident et c’est tout ! ça nous a aidés à ce que je prenne la pilule. » (Lydie, 21 ans, étudiante en DUT de communication)

Cela l’a incitée à prendre la pilule et à abandonner le préservatif. Ils en ont profité pour faire tous les deux un test de dépistage dans l’idée de repartir sur de nouvelles bases. Prendre la pilule a été pour Lydie une manière d’adapter sa sexualité d’adulte à une « *contraception d’adulte* » ; c’est-à-dire une contraception qui n’est envisagée que dans le cadre d’une relation amoureuse « *solide, basée sur la confiance* » puisque pour Lydie, la pilule est synonyme de relation amoureuse longue et durable. Lydie prend la pilule depuis son seul et unique « *problème* » de préservatif ; au moment de l’entretien, cela fait près de deux ans qu’elle la prend et ne l’a pas oubliée, « *même si ce n’est pas toujours à l’heure qu’il faudrait* » (estimant que les retards ne sont pas graves dans la mesure où elle prend la pilule quotidiennement depuis longtemps). La notion de responsabilité partagée lors d’un « *accident de préservatif* » permet de protéger les individus concernés sans qu’il y ait de coupable ou de victime, idée s’inscrivant dans une conception plus large du couple égalitaire.

²⁵ Ici davantage dans le sens de l’homme vers la femme.

Adriana aussi n'a utilisé qu'une seule fois la contraception d'urgence. C'était peu de temps après son premier rapport avec Nicolas. Utilisant des préservatifs au départ, elle a, peu de temps après, décidé de prendre la pilule car celle-ci était « *plus sûre* » selon elle ; mais finalement plus contraignante. En effet, Adriana vit chez ses parents, loin de chez Nicolas qui habite seul, leurs rapports sexuels se déroulent donc le plus souvent chez lui, même si les parents d'Adriana acceptent qu'il dorme chez eux. Ce changement très fréquent de lieu où dormir a été une contrainte à la bonne observance de la pilule par la jeune femme, et ce, en dépit de son adhésion à la méthode.

« Il fallait jamais l'oublier... Alors à chaque fois que je partais d'Aulnay fallait que je vérifie dans mon sac et tout... Des fois j'ai fait des allers-retours rien que pour aller la chercher parce que j'avais changé de sac ! » (Adriana, 21 ans, secrétaire)

Ceci souligne comment une même personne peut à la fois être observante de façon globale et comment un événement, une difficulté transitoire peut entraîner une non observance épisodique voire séquentielle. Dans le cas d'Adriana, gérer deux lieux de vie (parental/familial à Aulnay et « conjugal » à Créteil) et une nouvelle contraception a été difficile pour elle, surtout dans les débuts. Un soir, chez Nicolas, elle remarque avoir oublié sa pilule chez ses parents. N'ayant ni le temps ni le courage de faire le trajet, ils discutent, et sur une proposition de Nicolas ils décident de pratiquer la méthode du retrait, ce dernier lui certifiant savoir gérer ses « *pulsions* ». Mais Nicolas « *s'est oublié en [elle]* » au moment où il devait se retirer. Contrariée qu'il n'ait pas honoré son engagement, Adriana a fini sa nuit dans le salon ; se sentant toutefois en partie responsable de la situation. C'est en rentrant chez elle qu'Adriana a pris la contraception d'urgence et le comprimé oublié, pour s'assurer qu'il ne lui arriverait rien « *avec toute la dose que j'ai avalée en une fois* ».

« Maintenant je laisse plein de pilules chez lui. Comme ça, si j'oublie... J'en ai toujours une qui traîne... Chez lui je dois avoir 3 ou 4 plaquettes entamées... Chez moi j'ai la bonne qui me sert de repère ! Comme ça je risque pas de restresser (rires) » (Adriana, 21 ans, secrétaire)

Cela a eu lieu près de 6 mois avant l'entretien et elle n'a pas oublié de comprimés depuis, mais elle redouble de vigilance pour ne pas avoir à « *restresser* ». En éparpillant des plaquettes de pilules elle est garantie d'en avoir toujours sous la main. Quant à la méthode du retrait, elle n'a plus jamais voulu l'essayer, ne faisant pas confiance à Nicolas pour « *gérer ses pulsions* ». À terme, la relation peut s'en trouver renforcée si le partenaire s'investit (Lydie) ou au contraire être fragilisée si la faible participation du partenaire déçoit la jeune femme (Adriana). De cette manière, cet événement influe sur

le degré de confiance en l'autre, « ingrédient » nécessaire au sentiment amoureux (Le Gall, Le Van, 2007). « *L'accident* » de préservatif incite davantage que l'oubli de pilule au partage des responsabilités puisqu'il ne remet pas (ou moins) en cause les aptitudes d'un des partenaires à gérer la contraception/protection. Adriana ne peut rejeter totalement la faute sur Nicolas dans la mesure où s'il n'a pas réussi à se retirer, elle n'a pas réussi à penser à prendre sa pilule (ce qu'il ne lui a pourtant pas reproché). Ces récits illustrent le recours à la contraception d'urgence lors d'un rapport non efficacement protégé, alors que les partenaires avaient à la fois l'esprit et la règle. Pour Lydie et Adriana, il s'agit de « *vrais accidents* » parce qu'elles « *avaient tout fait pour que ça ne leur arrive pas* ». Elles opposent à cela les « *faux accidents* » qui seraient, selon elles, prévus ou prévisibles « *comme quand une fille couche sans préservatif alors qu'elle prend pas la pilule* », les partenaires étant selon elles « *conscients de ce qu'ils faisaient* ».

« La pilule du lendemain c'est pas un jouet. Ça peut te sauver quand, comme moi, t'as un problème de retrait par exemple. Mais tu peux pas dire « demain je prendrai la pilule du lendemain ». Non, c'est pas pareil. Dans un cas c'est un accident involontaire. Dans un autre c'est un choix ; et les filles se cachent souvent derrière l'accident mais faut assumer en fait. » (Adriana, 21 ans, secrétaire)

Dans leurs propos on devine une hiérarchie des utilisations de la contraception d'urgence et une légitimation ou non de la prise. Les accidents imprévisibles justifieraient le recours à la contraception d'urgence parce que l'anticipation est impossible, contrairement aux « *accidents choisis* » au cours desquels les partenaires sont considérés comme « *responsables de ce qui [leur] arrive* », par exemple lorsqu'il n'y a aucune méthode évoquée. Selon elles, certains usages pourraient être admissibles puisque le risque zéro n'existe pas, tandis que d'autres sont condamnables puisque « *choisis* » par les partenaires. Les jeunes femmes adhèrent à la norme contraceptive et font régulièrement référence à la règle : un rapport sexuel doit être protégé d'une éventuelle grossesse ; toute grossesse doit être prévue, anticipée et souhaitée. Alors la contraception est moins un réflexe qu'une nécessité qui fait pleinement partie des scénarios ayant trait aux rapports sexuels.

Faire un écart à sa règle

L'usage du préservatif peut être ritualisé et investi d'une fonction particulière (découverte du corps de l'autre) lors des rapports sexuels ; cependant, il ne peut pas, au même titre que la pilule, devenir un contraceptif habituel dans la mesure où son

utilisation est liée à l'acte. Celles qui prennent la pilule « avalent des cachets tous les jours », même lorsqu'elles n'ont pas de rapports, mais celles qui utilisent des préservatifs masculins sont contraintes d'attendre le moment fatidique. Les récits de Sandra et d'Hélène soulignent que l'utilisation du préservatif peut, plus facilement que la pilule, faire l'objet d'un « écart à [leur] règle », laquelle se résume ainsi : « à chaque rapport, une contraception » (Sandra).

Sandra a grandi à Saint-Étienne, dans une famille nombreuse. Sa mère n'a jamais été salariée, elle a « consacré sa vie à élever ses enfants ». Depuis le collège (4^{ème}), Sandra demande des informations sur la contraception à sa mère qui lui répond, de sorte que ce sujet n'est pas tabou.

« Elle [sa mère] m'a jamais acheté des capotes. Mais par contre, elle nous a toujours dit qu'il fallait qu'on mette des préservatifs. Ouais toujours. Et ça, à partir de mes 12 ou 13 ans... Puis quand j'étais vers la 3^{ème}, un peu plus tard ! Moi, j'étais contente qu'elle m'en parle, j'aime pas les sujets tabous où tu tournes 10 ans autour du pot... Nan, j'étais contente qu'elle me le dise. Je lui posais les questions moi, et après elle me répondait. » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Les précisions qu'elle souhaitait obtenir sur les « côtés techniques » de la sexualité, elle les a trouvées à Paris, auprès de ses amies du foyer de jeunes travailleuses dans lequel elle vit et de ses collègues de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

« C'était plus cru avec les copains et copines (...). Là où j'ai le plus appris c'était au foyer quand même. Parce que mes copines étaient très crues au foyer. Donc si, je savais des trucs, mais bon pas le détail dans le rapport dans les machins et tout. Bah c'était cru de chez cru et bon... Au moins, on comprenait et ça faisait des images parfaites (rires) » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Sandra est sortie « sans aller plus loin » avec une dizaine de garçons avant Benjamin, avec qui elle est depuis quatre mois. Benjamin a 30 ans, il est divorcé depuis deux ans et a deux filles âgées de 5 et 9 ans. Ces éléments sont importants car ils ont freiné l'officialisation de la relation et les présentations aux parents et aux amies : Benjamin ne correspondait pas au « partenaire idéal » des uns et des autres. Sandra, s'est elle-même surprise en ayant son premier rapport sexuel avec lui, au bout d'une semaine, malgré sa volonté d'attendre et d'être sûre. Le préservatif s'est alors imposé comme une méthode évidente dans le cadre d'une première fois.

« Bah on a mis une capote tout de suite ! On en avait déjà parlé avant. Si tu veux, quand j'y suis allée... Nan, on n'en a pas parlé, mais c'était dans la logique. On est tous les deux dans le monde médical [il est aide-soignant], donc bon ... et puis non, c'est lui qui l'a mise... Parce que je lui ai dit, j'étais un peu stressée avant et donc je lui ai dit « tu penses à la capote... » et il est allé la chercher et puis voilà ! On était chez lui... Je savais qu'il en avait parce que je lui avais demandé avant de venir, sinon j'en aurais apporté ! » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Si le port du préservatif par Benjamin était « *logique* », ce n'était toutefois pas assez clair pour Sandra puisqu'elle a eu besoin de verbaliser sa demande de préservatif pendant le rapport. Elle s'est donc assurée que « *tout se fasse dans les règles* » pour son premier rapport. En effet, rappelons que « *faire les choses bien* » dès le début est important pour de nombreuses jeunes femmes (surtout lorsque la demande de préservatif (par exemple) a été explicitement formulée), comme si les premiers rapports conditionnaient leur vie sexuelle et contraceptive à venir (chapitre 5). Sandra et Benjamin ont, par la suite, toujours utilisé un préservatif pour leurs rapports, c'était « *une règle... pas de choix* » dit-elle. Cette règle est d'autant plus importante à respecter, que Sandra s'apprête à devenir infirmière ; et que pour elle cette orientation professionnelle nécessite d'avoir une santé (et donc une sexualité) irréprochable pour pouvoir être un exemple. L'attachement à la norme préventive et contraceptive est donc extrêmement fort. Au cours du deuxième mois de relation, Sandra envisage de prendre la pilule pour « *pouvoir sentir vraiment* » son partenaire. Lors de son rendez-vous avec le gynécologue, celui-ci lui fait une prise de sang, mais ne lui prescrit rien : « *il faut faire des analyses avant* » dit-il. Commence alors un « *long bilan biologique* » pour elle. Pendant ce temps, Benjamin et Sandra continuent d'utiliser les préservatif malgré eux, désirant tous deux en finir au plus vite avec cette méthode. Pour la première (et seule) fois pendant cette période de transition entre deux méthodes contraceptives (du préservatif à la pilule), Sandra et Benjamin oublient le préservatif dans la précipitation et l'excitation. L'envie d'avoir un rapport sexuel est « *plus forte que tout* ».

« On en n'a pas mis... euh, c'était par envie et puis aussi parce que j'y ai pensé à un moment et je me suis dit « c'est bon j'ai eu mes règles y a pas longtemps » et donc voilà. J'y ai pensé, mais je me suis dit c'est bon ! Mais ça m'a quand même traversé l'esprit ! (...) Bah lui non, il y avait pas pensé ! Enfin si, il y a peut être pensé en disant « oh la capote » et j'ai dû dire « non c'est pas grave je les ai eues y a pas longtemps » et... enfin... C'est vraiment... dans l'action. » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Après le rapport, ils font le bilan : Benjamin a été « *jusqu'au bout* » et Sandra n'avait aucune contraception personnelle. Ils entreprennent de compter les jours pour calculer le cycle de Sandra qui a finalement eu ses règles non pas il y a « *quelques jours* » mais plusieurs semaines auparavant. Comme pour assumer toute la responsabilité de l'écart à la règle, elle répète tout au long de l'entretien que son partenaire ne lui a pas imposé de *le faire sans préservatif*. Par précaution et pour rassurer son partenaire (qui lui semble plus inquiet), elle se procure la contraception d'urgence ; elle ne croit pas à un risque de grossesse en relativisant la situation par rapport à son cycle, à la probabilité d'une

grossesse avec un seul rapport « sans rien ». Grâce à ses études, Sandra pense connaître les périodes d'ovulation, le délai d'utilisation de la contraception d'urgence et les premiers signes de grossesse. Mais c'est son partenaire qui calcule sa période d'ovulation et qui se rend compte qu'il y a une réelle possibilité de grossesse. L'inquiétude de son petit ami la fait réagir et elle se rend à la pharmacie pour prendre la contraception d'urgence dans les premières 24 heures.

« Donc, j'ai pris la pilule du lendemain, le lendemain, 10h après. Et puis j'ai tout fait bien et tout et au bout d'un mois, moi qui suis réglée comme une horloge, pas mes règles. (...) Bah en fait ouais... mais en fait, c'est Benjamin qui m'a dit « Mais attend on a fait une connerie, t'es pas en pleine période de... » et j'ai calculé et ça faisait 12 jours en fait ! Pour être sûre, c'est de 12 à 16, mais c'est le 14è. Je me suis dit bon pour être sûre, je vais prendre la pilule du lendemain. (...) Au début j'ai eu peur qu'ils [les pharmaciens] me fassent des commentaires, alors j'ai hésité, mais après non... finalement ils n'ont rien dit ! » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Elle téléphone à Benjamin pour lui en faire part car il souhaitait être informé. Elle, par contre, n'était pas inquiète, persuadée d'avoir « rattrapé les choses comme il faut ».

« Quand je l'ai prise, je me suis dit : je la prends mais comme je suis pas dans mon cycle, y a pas de problème. Pour moi, c'était pour rassurer Benjamin, moi j'étais persuadée que c'était pas possible. Donc voilà je l'ai prise. Et donc après, je me suis dit : si je suis enceinte, ça ne peut que marcher... donc voilà ! J'ai lu le truc, et bon ils disent ça marche pas forcément mais bon pour moi j'étais pas enceinte, donc je me suis pas fait de souci. » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Malgré ce qu'elle pensait, malgré le recours à la contraception d'urgence dans les premières heures, malgré aussi les discours de ses copines qui étaient dans l'ensemble très rassurants, Sandra a été enceinte à la suite de ce rapport. Cette grossesse non prévue et non désirée s'est soldée par un avortement d'un commun accord entre les partenaires. Elle, étudiante, ne se sentait pas capable de devenir mère, et sa relation était trop récente ; quant à lui il avait déjà deux enfants et n'en souhaitait pas d'autres pour le moment. Cet avortement a été difficile pour Sandra qui pensait avoir pris les précautions nécessaires à un rapport « à risque » qui avait eu lieu la seule et unique fois où ils n'avaient pas mis de préservatif ; ce fut pour elle une sorte d'injustice face à ses copines qui pour certaines ont eu plusieurs rapports sexuels non protégés sans conséquences. Lors de son rendez-vous IVG, Sandra a rencontré un gynécologue qui lui a prescrit la pilule, qu'elle prend désormais minutieusement, sans oublier.

« [oublier la pilule] Nan ! jamais ! J'ai mon portable qui sonne à 19H30 ! Benjamin sait que je la prends à 19h30. Des fois il me demande si je l'ai prise, mais c'est pas tous les jours. Et puis même lui, il fait confiance à mon portable. Et puis moi j'oublierai pas de prendre la pilule, parce que l'IVG j'en souffre ; enfin je serais bien pas passée par là je veux dire. » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Pour ne pas avoir à faire face à un autre avortement ni à reprendre la contraception d’urgence, Sandra a mis en place des stratégies de rappel pour éviter les oublis de pilule. Elle se refuse à l’idée de reprendre la contraception d’urgence, elle ne croit pas à son efficacité ; même si finalement, après l’entretien elle dit « *si je dois la reprendre, je la reprendrai* ».

« La pilule du lendemain bah voilà !! Nan c’est clair ! J’ai pas confiance, ça marche pas bien leur truc. Pourtant, je l’ai prise le lendemain du rapport, le plus vite possible : le rapport a eu lieu à minuit et je l’ai prise le lendemain à 14h... donc j’ai fait tout bien comme il faut » (Sandra, 20 ans, étudiante infirmière)

Depuis l’IVG, Benjamin s’investit dans la contraception personnelle de Sandra en l’appelant le soir pour lui rappeler de prendre sa pilule. Pour elle, il ne s’agit pas d’une intrusion dans sa vie privée, mais plutôt d’un partage de responsabilité ; la pilule est selon eux une méthode de contraception prise « *par la femme mais pour le couple* ». Ils sont d’autant plus vigilants que la relation devient sérieuse et qu’ils s’attachent de plus en plus l’un à l’autre (l’IVG « *ce serait pire maintenant* » selon elle).

Le cas d’Hélène est un peu différent, même si elle aussi a eu un rapport sans préservatif. À dix-neuf ans, elle entame une relation avec un jeune homme habitant à Marseille. Résidant à Paris, Hélène part chez lui en vacances. La question de la contraception ne se pose pas dans la mesure où ils utilisent des préservatifs depuis le début, « *c’est lui qui en a* ». Un soir de retrouvailles, ils se trouvent en « *rupture de stock* » : il n’y a plus de préservatifs dans son tiroir.

« On sort dans Marseille, on commence à chercher, on trouve pas [de préservatif], y avait pas de pharmacies, c’était le soir (...). Au bout d’un moment, je lui ai dit : à la limite c’est pas grave, parce qu’il y a toujours la pilule du lendemain. » (Hélène, 21 ans, étudiante en licence de géopolitique)

Hélène et son copain ont donc choisi ensemble d’avoir un rapport sexuel non protégé, préférant ne pas différer le rapport, les opportunités étant relativement rares compte tenu de la distance géographique. Préoccupée par le sida et les IST, Hélène a quelques réserves avant de commencer les préliminaires ; si la crainte de la grossesse est écartée grâce à la contraception d’urgence qu’elle envisage de prendre à son retour, les IST ne sont pas mises à l’écart. Au cours de la discussion, son partenaire la rassure en lui montrant un test de dépistage séronégatif.

« Il m’a sorti un joli petit papier et il avait fait le test du sida 2 mois avant. Je me suis dit, allez je lui fais confiance, même si c’est contraire à mes principes ! » (Hélène, 21 ans, étudiante en licence de géopolitique)

Une fois rentrée à Paris le lendemain, Hélène pouvait honorer leur engagement en allant chercher la contraception d'urgence, s'occupant seule de la contraception. Son partenaire s'est tenu informé par téléphone. Cet événement a été unique dans leur relation dans la mesure où la situation de « pénurie » de préservatifs, de « *rupture de stock* » a semblé tellement risible et « *nulle* » à Hélène qu'elle l'a poussée à adopter une contraception personnelle. Ainsi, elle a consulté un gynécologue pour avoir la pilule et ne plus être « *dépendante des pharmacies (...) des préservatifs* ». Devenue sa contraception quotidienne, Hélène vit cette méthode comme « *un soulagement* », qui même si c'est une responsabilité « *uniquement personnelle* », a plus d'avantages que d'inconvénients.

Ces exemples amènent à s'interroger sur le délai qu'imposent certains médecins avant de prescrire la pilule (ou qu'impose le scénario contraceptif valorisé entre pairs) sans proposer une méthode contraceptive alternative à leurs patientes. Sandra désirait prendre la pilule pour être plus sereine et ne plus s'embêter avec le préservatif, mais l'obligation de faire des tests sanguins et un « *bilan biologique* » a reporté sa première prise de pilule à après son interruption volontaire de grossesse. Ici se pose une nouvelle fois la question de l'adaptation des désirs des jeunes femmes aux prescriptions médicales, et on constate que l'utilisation rigoureuse d'une contraception est en partie dépendante du choix de la méthode et de l'adéquation de la méthode avec les pratiques de la femme. Avec le préservatif comme unique méthode, la probabilité de recourir à la contraception d'urgence semble plus grande qu'avec la pilule, dans la mesure où il s'agit d'une méthode liée à l'acte, donc soumise à l'imprévisibilité, l'excitation et le désir d'avoir un rapport sexuel. Lorsque les jeunes femmes décident de ne pas utiliser de préservatifs, elles font un écart à leur règle mais rétablissent l'équilibre en prenant la contraception d'urgence. Avec la pilule, les jeunes femmes qui oublient un comprimé n'envisagent pas toujours de prendre la contraception d'urgence. Les phrases du type « *si tu prends la pilule depuis 3 ans régulièrement, c'est pas un oubli qui va faire que tu sois enceinte* » sont très fréquentes dans les discours. Lydie, Adriana, Sandra ou Hélène n'ont pris qu'une seule fois la contraception d'urgence, mais elles envisagent toutes de la reprendre si la situation se représentait (même si Sandra a du mal à l'imaginer). Au quotidien, elles profitent de la sérénité que leur apporte la pilule comme méthode de contraception/protection personnelle quotidienne étant sous leur entière responsabilité.

3. FAIRE FACE A DES RAPPORTS INSUFFISAMMENT PROTEGES

La plupart des jeunes femmes rencontrées ont utilisé plusieurs fois la contraception d’urgence suite à des rapports non et/ou mal protégés ; mais ce n’est pas pour autant que cette méthode d’urgence a eu la même signification pour les jeunes utilisatrices. Deux tiers des jeunes femmes interrogées ont pris plusieurs fois la contraception d’urgence : 17 l’ont prise deux fois, 14 y ont eu recours trois fois et enfin, elles sont 12 à l’avoir utilisée au moins quatre fois. Les jeunes femmes ayant pris plusieurs fois la contraception d’urgence ont bien souvent vécu plusieurs situations différentes (les échecs de contraception peuvent résulter d’un problème de préservatif (32,5 %), d’un oubli de pilule (24,9 %), ou d’un rapport non protégé (21,8 %) selon le Baromètre Santé 2005²⁶). Au début de notre enquête, nous avons émis l’hypothèse que le nombre de partenaires sexuels pouvait avoir une influence sur le recours à la contraception d’urgence, en raison d’une plus grande variété de situations au cours desquelles la contraception pouvait faire l’objet de (re)négociation. Mais la confrontation de cette hypothèse avec les entretiens réalisés montre qu’il n’en est rien : le nombre de partenaire et la probabilité de prendre plusieurs fois la contraception d’urgence ne seraient pas liés.

La contraception d’urgence doit pouvoir pallier à des problèmes de méthode ou de gestion de la contraception, dans le couple, qui ne sont « *pas toujours au point* » dans les débuts de la vie sexuelle active. De plus, l’inadaptation des méthodes contraceptives proposées aux jeunes femmes en fonction leur vie amoureuse réelle ou supposée peut être très criant (comme pour Lilly qui persistait à dire aux médecins qu’elle n’arrivait pas à prendre la pilule en raison de ses horaires de vie et à qui ces derniers ne proposaient aucune méthode alternative). Enfin, on verra que la faible reconnaissance de la sexualité par la famille, ou son absence, peut faire partie des explications aux recours multiples à la contraception d’urgence. Les décalages entre la vie sexuelle de la jeune femme et les méthodes qui lui sont proposées sont en partie dus aux positionnements du corps médical et à ceux de la famille (des mères en particulier), et

²⁶ Le recours à la contraception d’urgence est de plus en plus fréquent chez les personnes interrogées, sexuellement actives, de 15-54 ans remarquent les auteurs du Baromètre Santé. Elles étaient 8,4 % en 2000 à déclarer avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain contre 13,3 % en 2005. Ce sont les plus jeunes qui y ont eu recours le plus fréquemment : près du tiers des 15-24 ans déclare y avoir déjà eu recours en 2005, contre moins de 10 % des 35-54 ans (Lydié, Léon, 2005).

permettent dans une certaine mesure de comprendre les pratiques des individus. Ainsi, nous verrons comment pour Stéphanie, la contraception d'urgence est une méthode de rattrapage qui lui permet d'éviter un contact avec le corps médical ; et comment pour Woulha et Kelly, la contraception d'urgence est considérée comme une autre méthode pour ne pas avoir d'enfants.

Avoir droit à une « session de rattrapage »

Pour ses études, Stéphanie a déménagé chez sa grand-mère à Paris ; auparavant elle vivait chez ses parents dans une ville moyenne du centre de la France. Ses premiers contacts difficiles avec le milieu médical et en particulier avec les gynécologues permettent de comprendre pourquoi elle a longtemps préféré adopter le préservatif masculin comme unique méthode de contraception. À 15 ans, Stéphanie prend rendez-vous avec un gynécologue pour des mycoses ; l'accueil du professionnel est « *sec et autoritaire* », ce qui la met mal à l'aise et lui donne une « *bonne raison* » pour ne pas y retourner.

« J'y ai été une fois, à 15 ans, pour des problèmes de mycoses... Et j'y suis pas retournée avant d'avoir un rapport. J'y suis retournée je sais pas combien de temps après le rapport. Je me suis fait engueuler et j'ai changé de gynéco immédiatement. Enfin bon déjà... le premier souvenir, il était négatif. Mais j'y suis retournée, et puis je me suis fait engueuler la deuxième fois, comme quoi j'étais irresponsable, inconsciente et tout le blabla... Elle m'a fait des remarques sur mon poids et puis sur mon suivi médical... donc au niveau des frottis » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Les réflexions des gynécologues sont souvent perçues comme inquisitrices, moralisatrices ou culpabilisantes par les jeunes et nouvelles patientes. Les médecins leur reprochant en effet de n'être « *pas assez comme ci, ou trop comme ça* », « *pas assez régulières* » dans les rendez-vous, peu « *concentrées sur leur corps* », « *inquiètes pour un rien* » ou au contraire pas assez soucieuses. Ajoutées aux remarques des professionnels, il y a celles des parents : l'entrée dans la vie sexuelle et contraceptive peut devenir difficile pour les jeunes femmes. Par exemple, la mère de Stéphanie n'a jamais pris la pilule, et a longtemps persuadé sa fille de faire de même (ce qu'elle a fait dans ses débuts).

« Ma mère ne voulait pas prendre la pilule, donc quasiment la majorité de la vie sexuelle de ma mère et mon père s'est passée avec le préservatif. Donc pour moi, c'était quelque chose de naturel. Y avait toujours des préservatifs chez nous. Pour la pilule ma mère m'a toujours dit : bon la pilule c'est pas bien. Dans le sens où dans sa tête, c'était si je prends la pilule, je me protège pas ! Donc c'était négatif pour tout ce qui était MST.(...) Ma mère la prenait pas [la pilule], elle me disait que c'était pas spécialement bon pour le cholestérol, pour plein de choses... Donc je l'ai

jamais prise. Et puis, j’ai pas été élevée dans l’utilisation de la pilule. Donc c’est pas un truc qui m’est venu à l’esprit. Avant je disais : non je prendrai pas la pilule, ma mère la prend pas... et voilà. Parce que c’est vrai que comme elle est dans le milieu médical [infirmière] bah... La pilule fait monter le cholestérol... euh combinés avec l’alcool et la cigarette ça peut faire des problèmes cardiovasculaires, euh y a des précautions et des conséquences médicales qui peuvent être importantes... » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

La mère de Stéphanie lui a parlé en qualité de parent mais aussi d’infirmière, ce qui lui donnait un pouvoir de conviction supplémentaire. Bénéficiant des différentes facettes identitaires, la mère pense savoir ce qui est le mieux pour Stéphanie et lui déconseille la pilule. Ce refus de la pilule n’est pas vécu comme une négation de sa sexualité, Stéphanie a le « droit » d’avoir des petits copains (même si elle n’en a pas eu avant 19 ans²⁷); mais on peut se demander si refuser la pilule ne serait pas une stratégie des mères pour obliger leurs filles à différer le passage à l’acte sur le plan sexuel (Schwartz, 1990). Avec ses partenaires sexuels, Stéphanie a utilisé le préservatif, méthode qu’elle considérait très efficace et adaptée à son mode de vie (prenant en compte son âge, sa santé et le type de relations) et dont sa mère faisait l’éloge; mais elle n’était pas complètement satisfaite, les risques inhérents aux préservatifs tels que « *les craquages ou les glissements* » la rendaient sceptique. Le premier problème de préservatif a eu lieu avec son second partenaire sexuel.

« Y a eu ce fameux soir de je ne sais plus quand. Un mardi soir d’avril 2001. Je dormais chez mon copain. (...) Donc euh on a le rapport, et puis le préservatif lâche. Donc sur le coup... je me suis dit : pendant le rapport y a eu un bruit. Et j’ai pas tilté que c’était ça et lui non plus. Et c’est après qu’on s’en est rendu compte, au moment du retrait, que le préservatif avait lâché... Au moment du retrait. Donc là, je me suis dit : “On panique, je fais quoi, j’ai pas de contraception orale... Euh“... Grosse peur ! » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Son premier problème de préservatif était un « *craquage* », dont elle s’est sentie responsable, sa mère lui ayant dit que « *c’était fiable à cent pour cent* ». La cause était donc personnelle : si elle faisait l’amour comme ses copines et les adultes, elle était malgré cela incapable de « *bien utiliser* » un préservatif et de suivre les recommandations maternelles et sanitaires.

Ce fut pour Stéphanie une sorte d’erreur de débutants. Découverte et inexpérience étaient, selon elle, les causes du « *craquage* », elle s’est aussi demandée si ce n’était pas elle qui ne savait pas faire l’amour avec un préservatif. Le « *bon côté* » du préservatif, Stéphanie ne l’a pas vu : il lui faisait mal, elle stressait avant d’avoir à le mettre ou à le

²⁷ Stéphanie a échangé son premier baiser à 19 ans et son premier rapport deux ans après, à 21 ans. Au moment de l’entretien elle a eu dix partenaires sexuels avec qui elle n’est jamais restée plus de quelques semaines; elle aimerait pourtant bien réussir à « *faire un couple* » comme ses copines.

demander et était inquiète de découvrir à la fin du rapport « *s'il avait tenu* », autrement dit si le préservatif était toujours en place sur le sexe de son partenaire. Dans une société qui valorise le tout protecteur, il y a comme une obligation de réussite qui a poussée Stéphanie à se questionner sur ses capacités à être une bonne partenaire, à être une partenaire « *normale* ». Stéphanie n'a rien dit à sa mère et a préféré joindre son médecin de famille qui l'a incitée à prendre la pilule. Ce fut d'autant plus aisé que plusieurs de ses amies débutaient aussi une contraception hormonale. Pesant le pour et le contre, dosant d'une part les conséquences à long terme énoncées par sa mère (entre autres sur l'association pilule-cigarette/alcool) et d'autre part le risque de répétition d'une telle situation, elle s'est dit que si « *tout le monde* » prenait la pilule « *pourquoi pas moi ?* » et surtout que « *tout vaut mieux que d'avorter* ». Ce changement de contraception a mis une distance entre les conseils de sa mère et ses pratiques, signe qu'elle était en train de se construire un monde à elle, dans lequel elle seule décidait des règles, même s'il restait empreint de l'influence des instances de socialisation antérieures.

« J'ai pris la pilule à partir de cet événement là ! Depuis, je la prends et je l'ai toujours prise, j'ai pas arrêté ! Ça m'est arrivé de changer... mais voilà. Et après, les seuls problèmes qu'il y a eu, c'est quand le préservatif lâchait [ce qui lui est arrivé plusieurs fois]. Donc avec Régis, et à la suite euh non y avait pas eu ce problème là, avec Régis y a eu la boulette de... enfin y a eu une telle confiance entre nous qu'on a arrêté de se protéger au bout d'un mois. (...). Et ça m'est arrivé, à un moment, d'oublier ma pilule... 2 jours de suite... Et je lui ai sorti un soir : euh on n'est pas mardi, on est jeudi... y a un problème... il me dit « quoi ? »... je dis « j'ai oublié ma pilule » il me dit « et alors ? » bah donc et je lui ai dit « bon bah hier on a eu des rapports, avant-hier aussi... et ça y est tu comprends ? ». Et donc, j'ai pris la pilule du lendemain, j'ai été l'acheter en pharmacie... et donc, après je savais que j'étais pas obligée d'aller chez le médecin. » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Les ruptures de préservatifs et la première prise de contraception d'urgence ont été des « *événements* » qui ont marqué la biographie contraceptive de Stéphanie. Ils ont fortement contribué au changement de méthode, à son orientation vers la pilule. Néanmoins, cela n'a pas suffi à ce qu'elle ne reprenne pas la contraception d'urgence. Parce que le préservatif ne lui semblait plus une méthode « *parfaite* » et « *fiable* » puisqu'il a « *lâché* » plusieurs fois. Ceci amène à s'interroger sur les diverses difficultés liées à l'utilisation du préservatif dans les jeunes couples (on peut se demander qui le pose ? fait-il l'objet de discussion en amont ? par qui est-il acheté ? les deux partenaires désirent-ils cette méthode ? quelles sont les méthodes antérieures utilisées par chacun ? etc.). Avec Régis, sa « *Révélation* », elle était éperdument amoureuse, elle « *croyait* » en lui (« *y a une telle confiance entre nous* »). Le sentiment de confiance, prenant la première place dans sa vision de la relation, minimisait de fait la crainte pourtant

justifiée des IST. Quant au risque de grossesse, il était annulé par la prise de la pilule. Distraite par sa relation passionnelle avec Régis, Stéphanie a oublié sa pilule deux jours de suite, et a dû prendre, une seconde fois, la contraception d’urgence. Sachant mieux « à quoi s’attendre » et comment se la procurer, elle a alors « moins stressé », d’autant plus qu’elle l’a prise par précaution et pensait que ce n’était pas « vraiment utile », mais « on ne tente pas le diable » rappelle-t-elle. Comme les autres jeunes femmes qui ont pris deux ou trois fois la contraception d’urgence, il s’agit de problèmes de méthode, c’est-à-dire d’« échecs » de contraception : un préservatif qui « lâche », « craque », « se perce », « glisse » ou « explose » par exemple, un oubli de pilule, ou une « mauvaise » gestion de la méthode à l’ancienne (retrait, nombre de jours etc.).

Le scénario contraceptif d’entrée dans la vie sexuelle socialement valorisé peut amener les jeunes femmes à choisir une méthode qui se révèle être inadaptée à leur situation et les mettre face à une contradiction difficile à gérer : devoir utiliser le préservatif alors que cette méthode ne leur correspond pas, par exemple.

« Moi, c’est vrai que j’ai un rapport avec le préservatif assez négatif par contre, euh... J’ai eu des mauvaises expériences. Donc moi, je préfère pendant 3 mois avoir très peu de relations avec quelqu’un et le moment de se connaître, et si on a des rapports ça sera avec préservatif mais ça sera assez rare. Je préfère attendre de faire les tests, et ensuite d’avoir des rapports non protégés. C’est toujours un truc qui me bloque. J’ai jamais été capable d’en mettre un correctement donc, ça a toujours été le mec qui l’a mis. Et donc ça c’est le blocage, c’est de me dire : bon si je rencontre quelqu’un de nouveau, il va encore y avoir cette barrière du préservatif, et ça c’est... un peu négatif pour moi au niveau sexuel en début de relation » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

La contraception d’urgence dépasse sa seule vocation d’empêcher une grossesse puisqu’elle marque dans certains cas un changement dans la pratique contraceptive et permet aux jeunes femmes de s’interroger sur la cohérence entre leur contraception, leur vie sexuelle et amoureuse et plus largement leur vie dans son ensemble (rythme de travail, organisation, lieu(x) d’habitation(s) etc.). Changer de méthode une première fois ouvre la voie pour renouveler l’opération jusqu’à trouver une méthode adaptée, même temporairement. L’utilisation de la contraception d’urgence peut être alors l’occasion de questionner sa méthode de contraception.

Difficultés d’un suivi médical régulier

Le recours à la contraception d’urgence peut donc amener les jeunes femmes à s’interroger sur leur contraception et les normes contraceptives. Il n’est pas socialement valorisé d’avoir des rapports sans contraception ni protection, aussi ne semble-t-il pas

acceptable en France d'avoir recours plusieurs fois à la contraception d'urgence et encore moins à l'avortement (comme le rappellent souvent les plaquettes d'information). Il est aujourd'hui toléré d'avoir recours à la contraception d'urgence une fois ou deux, surtout pour les plus jeunes à qui l'on accorde le bénéfice de l'inexpérience et de la découverte ; c'est une contraception de « rattrapage ». En revanche, les utilisations répétées ne sont pas acceptables dans la mesure où l'on considère que les jeunes femmes ont suffisamment de méthodes contraceptives à leur portée pour ne pas avoir à user « trop souvent » de la contraception d'urgence, les « accidents » n'étant pas censés se répéter. Dans ce contexte, le regard que la société porte sur les femmes ayant pris plusieurs fois la contraception d'urgence semble très stigmatisant au sens de Erving Goffman (1975 [1963]). Les regards portés sur les jeunes femmes ayant recours à la contraception d'urgence au-delà du seuil admissible (trois fois ou plus) peuvent être rapprochés de l'étude menée par Simone Novaes sur les femmes qui ont avorté plusieurs fois. L'auteure montrait que les professionnels appelaient ces femmes « les récidivistes », ce qui n'est pas dénué de sens dans la mesure où « récidivisme, terme juridique désignant la répétition d'un acte criminel, est le mot couramment utilisé dans ce cas et il traduit un consensus qui unit défenseurs et adversaires de l'avortement : celui-ci ne saurait être toléré s'il se répète » (Novaes, 1982, p. 473). C'est une vision proche qui est portée sur les « fréquentes » utilisatrices de la contraception d'urgence, ce qui n'est pas sans conséquences sur les pratiques, comme nous le verrons²⁸.

Les jeunes femmes ayant utilisé quatre fois ou plus la contraception d'urgence ont des points communs dans leurs biographies contraceptives²⁹ : elles ont plus souvent que les autres utilisé des méthodes contraceptives « à l'ancienne » (retrait, calcul des dates, observation des cycles), elles ont eu un nombre de rapports sexuels sans contraception/protection un peu plus fréquent que les autres et, parmi elles, un certain

²⁸ La tension d'adéquation à la norme est perceptible dans le récit des pratiques contraceptives des jeunes femmes ayant utilisé plusieurs fois la contraception d'urgence : quelques-unes ont cherché à dissimuler une partie de leur utilisation au début de l'entretien, puis se sont finalement prêtées au jeu de toutes les raconter par exemple, et il en va de même lors de leurs entretiens médicaux. Ainsi, à partir du moment où l'on conçoit que « les individus se réfèrent à "ce qui se fait", à ce que font ceux qu'ils connaissent, à des vulgarisations psychologiques, à ce qu'ils voient à la télévision ou au cinéma, éventuellement même aux enquêtes et aux statistiques sur les comportements sexuels » (Bozon, 2002, p. 43-44), on comprend comment ils cherchent à donner la « bonne » réponse aux questions et comment ils s'imposent un regard accusateur et condamnant, autocenseur.

²⁹ Le lecteur devra comprendre ici qu'il ne s'agit pas de prédispositions à utiliser la contraception d'urgence, mais d'un constat à partir du terrain réalisé. Cette tendance a été observée uniquement pour le terrain dont il est question dans cette enquête.

nombre a rencontré des problèmes de contraception hormonale qui ont nécessité des interruptions ou changements, parfois répétés, de contraception. Bien souvent leur vie sexuelle n’est pas connue de leurs parents, qui préfèrent l’ignorer ou la désapprouvent (ou qui sont maintenus dans l’ignorance par leurs filles qui redoutent leur désapprobation). Enfin, dans leurs relations avec leurs partenaires, elles ont souvent eu des difficultés à parler de la contraception, elles ont peu négocié et sont nombreuses à dire que la contraception est « *une affaire de femmes* ». À travers les exemples de Woulha et Kelly, on tentera de comprendre les biographies contraceptives des jeunes femmes ayant utilisé plusieurs fois la contraception d’urgence.

Woulha³⁰ habite à Paris, elle prépare des concours pour des écoles de théâtre à Paris et travaille en province dans un théâtre. Depuis que ses parents se sont séparés, elle vit avec sa mère qui « *ne va pas bien* » et « *n’a aucune vie sociale* », et qui a fait une tentative de suicide l’année précédente. Dans sa famille, ils sont « *très pudiques du sentiment et de l’émotion* » explique-t-elle, les discussions sur l’intimité ne sont pas courantes, même si elles ne sont pas impensables.

« On n’est pas du tout dans le rapport genre dès qu’il m’arrive un truc, je te raconte toute ma vie quoi... pas du tout. T’as vachement le respect de ce qui se passe dans ta vie (...). Mais dans ma famille, c’est ça... C’est que t’en parles pas, parce que bon voilà. Et puis tu poses des questions, ça pose aucun problème quoi (...). Disons que les trucs que je vais leur dire, qui vont être importants, je les aurai déjà dit avant plusieurs fois à des amis. » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Quand elle était plus jeune, la sexualité n’était pas un tabou même si elle ne se souvient pas avoir abordé ce thème avec ses parents ou beaux-parents. Vers 12 ans elle lisait « *en cachette* » les bandes dessinées de son oncle (Reiser, « *L’écho des savanes* », etc.) et commençait à avoir ses premières histoires sentimentales (« *mon premier bisou et mes premiers petits copains* »). Pendant cette période, ses parents lui font comprendre qu’ils ne veulent pas connaître son « *jardin secret* ». Sa mère lui dit explicitement qu’elle ne veut pas savoir cette partie du monde de sa fille, tandis que Woulha aurait aimé lui en faire part, au moins en partie.

« C’est mes parents que... ça me gêne. Moi j’y pense et c’est marrant, parce que j’pourrais [parler des histoires amoureuses]... Ma mère elle me dirait, « Ah non Woulha c’est... c’est ton... c’est ton jardin secret » (...). Ma mère, elle le veut hein. Des fois je lui ai demandé, elle veut que je garde une vie privée, euh qu’elle ne veut

³⁰ Malgré un prénom d’origine tunisienne, Woulha n’a aucune attache avec la Tunisie (le pseudonyme a été choisi en tenant compte de cette origine). Ses parents ont choisi ce prénom par « *coup de foudre* » dit-elle, ils ne sont ni musulmans ni originaires du Maghreb.

pas savoir (...). J’dirais que j’aurais préféré qu’elle euh ouais, y a certains trucs ouais. Parce que tu galères toujours à l’adolescence, tu vois sur euh... les histoires les débuts euh la sexualité c’est compliqué j’crois. Enfin moi je pense que c’est compliqué. Et aujourd’hui ouais, parce que euh parce que maintenant j’en vois les... si tu veux les conséquences sur ma vie à moi sexuelle de maintenant tu vois. Mais, quand je dis sexuelle, j’englobe tout, j’englobe euh... la relation - la rencontre - la séduction voilà... Sérieux ou pas sérieux tu vois. Enfin... tout quoi par rapport à toi et au mec » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Au moment où elle demandait à être « *aiguillée techniquement* » sur certains aspects de la sexualité, sa mère (et plus largement ses parents) ont refusé de la laisser partager ses émotions. Déçue par la persistance de la surdité parentale, elle s’est tournée vers d’autres personnes de son entourage pour répondre à ses questions : sa professeure de théâtre, sa grand-mère et ses amies. Ainsi, c’est sa grand-mère qui s’est chargée de lui parler des préservatifs.

« On peut pas dire qu’il y a eu une prévention genre euh faut mettre une capote euh j’t’achète des capotes euh ça. Il y a pas eu. Mais ça, c’est regrettable d’ailleurs j’pense.(...) Par contre, ma grand-mère, elle m’a demandé si tu veux : « Mais euh tu te protèges et tout euh tu mets des préservatifs ou tu prends la pilule » j’fais ouais t’inquiète, t’inquiète » (Woulha, 20 ans, comédienne)

La reconnaissance de la vie affective et sexuelle par les pairs et les parents est importante, surtout dans les débuts, et c’est cette reconnaissance extérieure qui permettra de la vivre et de la gérer au mieux. Le refus d’écoute des parents a contribué à ce que Woulha « *se détache* » d’eux et ne les sollicite plus sur les questions ayant trait à son intimité. Lorsqu’elle a son premier rapport à 17 ans, elle « *se débrouille* » avec son partenaire pour gérer la contraception. Ses parents n’ont appris que plus tard, au détour d’une conversation, que leur fille avait eu sa « première fois ».

« J’avais 17 ans, lui il avait j’sais pas trois ans de plus, quoi. Euh ça s’est fait très rapidement (...). On est sorti ensemble. J’étais un peu genre vierge effarouchée, mais au bout d’une semaine euh c’était torché quoi (rires). Enfin disons qu’on n’a pas couché ensemble tout de suite, parce que je savais qu’il était amoureux et que moi aussi » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Leur relation est « *passionnelle* », mais les occasions pour avoir des rapports sexuels étaient toutefois peu nombreuses et difficiles à anticiper³¹. L’imprévisibilité, la joie de se voir et l’excitation d’avoir un nouveau rapport sont des éléments de cadrage importants pour comprendre le déroulement des premiers ébats amoureux de Woulha.

³¹ Woulha était au lycée, l’emploi du temps en classe de seconde est très rempli (les élèves ont entre 35h et 45h de cours par semaine), ils se voyaient « souvent » (plusieurs fois par semaine) mais peu de temps, entre deux portes. Ils habitaient tous deux chez leurs parents, ceux de Woulha étant enseignants « *ils étaient toujours à la maison* ».

« C'est avec lui que j'ai fait ma première erreur. Au début, on a mis la capote et euh...et après euh... ben voilà au bout de 2 semaines, ou une semaine, j'sais plus, on a plus mis de capote et un jour on a fait l'amour... Ben un jour, on a fait l'amour sans capote et... Alors c'était problématique parce que au-delà de... de tomber enceinte, euh lui il avait eu des expériences avant et forcément, tu penses au sida (...). Il m'a donné le test le lendemain [il datait d'un peu moins de 3 mois], genre : « tu vois ? »... Les résultats du test le lendemain [négatifs] ça m'a fait du bien (...). Là j'ai pris la pilule du lendemain la première fois. » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Suite à ce rapport sexuel, elle a pris la pilule du lendemain et a cherché à avoir une contraception personnelle quotidienne pour ne plus avoir à se soucier des préservatifs ; son partenaire étant « *clean* ». Tous les éléments étaient réunis pour justifier le recours à la pilule : elle « *croyait dans la relation* », elle était très amoureuse de son partenaire. La veille des grandes vacances, Woulha prend rendez-vous chez la gynécologue qui lui prescrit, dès la première visite, la pilule (contrairement à Sandra).

« Elle m'a donnée la pilule direct. Elle m'a dit : « Ben écoutez à la rentrée euh vous... allez... vous allez venir me voir et tout ». Et en fait, euh ben comme après Paul est parti, ben juste en septembre, ben j'suis pas allée la voir quoi. Et j'ai arrêté la pilule après qu'il soit parti. J'ai continué un ou deux mois, j'crois histoire de faire genre euh... (...). Genre j'ai quand même une vie euh à côté (rires), tu vois. Et après j'ai vite arrêté, parce que ça me soûlait. » (Woulha, 20 ans, comédienne)

L'incitation du médecin à lui faire débiter un suivi médical et une contraception est restée vaine en raison de la fin de sa relation amoureuse. Leur histoire s'est terminée après les vacances d'été. Si Woulha a continué à prendre la pilule, c'était davantage pour faire savoir autour d'elle qu'elle avait une vie sexuelle active qui ne se limitait pas à sa relation avec Paul. Dans l'entretien de Woulha, on retrouve l'idée qu'il paraît difficile pour les jeunes femmes de prendre la pilule « *pour rien* », sans raison ; autrement dit sans qu'elles en tirent un bénéfice. Sans rapports sexuels, la pilule « *ne sert plus à rien* » dit Woulha, elle l'arrête et ne l'a plus reprise depuis. Pour elle, une contraception quotidienne mérite d'être prise uniquement dans le cadre d'une relation sentimentale forte et envisagée comme durable, puisque dans ce cas le préservatif est vécu comme « *une barrière* » entre les partenaires. À l'inverse, hors d'une relation correspondant au scénario de la relation amoureuse, la pilule peut devenir une méthode contraceptive pénible qui regroupe plusieurs contraintes : contrainte de quotidienneté d'abord « *il faut penser à la prendre tous les jours* », contrainte financière ensuite « *car elle coûte cher* », et enfin contrainte sanitaire puisqu'elle impose un suivi médical.

« Je l'ai pas reprise depuis d'ailleurs [la pilule]. Parce que j'ai jamais eu d'histoire euh qui me paraissait... Ben si tu veux, euh quand ça dure moins d'un mois, t'as pas le temps. Et puis euh et puis comme je fume, c'est pas bon euh avec, je vais pas prendre la pilule. » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Pour « *supporter* » les différentes contraintes inhérentes à la contraception orale hormonale, il faut que l'histoire sentimentale « en vaille le coup » ; qu'elle dure suffisamment longtemps (puisqu'il faut attendre le premier jour des règles pour commencer à prendre la pilule), or, après Paul, Woulha n'a pas eu d'histoires « *assez bien* » pour prendre la pilule à nouveau. Avec ses autres partenaires, « *le préservatif c'était au moins pour les premiers rapports* ».

« *Capotes, toujours au début et puis euh au fur et à mesure euh on se connaît. Enfin on se connaît. T'as passé 5 nuits ensemble, alors t'as l'impression que tu le connais quoi. Et ben au bout d'un moment, euh (elle montre qu'elle hésite) ok, c'est bon d'accord on y va [sans préservatif]. (...) La capote au début et puis si ça durait plusieurs nuit, euh j'te dis, à chaque fois au bout d'une semaine, ça virait.* »
(Woulha, 20 ans, comédienne)

Avec ses autres partenaires sexuels, le préservatif a été rapidement exclu ; qu'elle soit amoureuse ou non et bien souvent sans qu'une méthode contraceptive alternative n'ait été choisie. Parfois, les jeunes hommes se retiraient. L'envie de se passer du préservatif était partagée par les deux partenaires, mais Woulha affirme avoir influencé certains partenaires à ne pas en mettre, préférant ne pas interrompre l'acte pour « *revenir au sérieux et sortir une capote* »³² plutôt que se prémunir contre les risques encourus. Le préservatif est envisagé comme moment de rupture de l'acte sexuel et abandonné au profit des sensations, des émotions. François Delor apporte à ce propos un éclairage intéressant : l'individu est divisé sur la question du sens, c'est-à-dire qu'il est susceptible de traduire le même élément dans des sens opposés ; le préservatif peut symboliser à la fois le désir conscient de protection et l'impossibilité de réaliser le désir de « fusion absolue » avec son partenaire (Delor, 1997). Dans le cas de Woulha, on observe qu'elle valorise l'enjeu relationnel du rapport sexuel au détriment des enjeux sanitaires (protection des IST ou d'une grossesse non prévue) : l'objectif étant d'abord que le « *rapport se passe bien* ». Seuls deux de ses partenaires se sont souciés de savoir si elle prenait la pilule (ou si elle avait une contraception personnelle) avant d'avoir un *rapport sans rien*. C'est avec eux qu'elle a pratiqué le plus souvent le retrait.

³² Dans plusieurs entretiens on a retrouvé l'idée qu'une relation amoureuse nécessite de faire l'amour avec préservatif dans la mesure où cela permet de « *faire les choses bien* » (Siria) ou « *faire ça sérieusement* » (Woulha) et donc de « *bien commencer une relation* » (Hélène). À cela les jeunes femmes opposent les relations d'un soir ou de quelques jours pour lesquelles il n'est pas obligatoire de « *faire ça dans les règles de l'art* », dans la mesure où elles n'attendent rien de la relation, sinon un plaisir momentané (Aurélia).

« J’m’en rappelle, le deuxième avec qui j’ai pris la pilule du lendemain, j’ai fait : « mais attends euh... Tu sais qu’on a couché sans capote et que j’ai pris la pilule du lendemain quoi. Enfin j’tu le dis quoi, si jamais euh... enfin comme ça, je te le dis je serai pas enceinte quoi ». Je lui avais fait une réflexion euh... mais après, je me suis rendu compte et surtout ce qui m’a étonnée, c’est que ben (...) Benjamin, qu’est le plus âgé parce qu’il a 31 ans quand même, tu vois, il est plus vieux ; il a dû avoir ces expériences là (...). Je lui ai dit “ah ben je vais aller acheter la pilule du lendemain“. Pour lui dire quand même. Il m’a dit “ah mais tu prends pas la pilule ? “ Mais il le savait, parce que je lui avais déjà dit enfin. (...) Après il a pas vérifié que je l’achète et tout ça ; ou proposer de l’acheter ou des trucs sympas... des trucs cool tu vois où symboliquement ça signifie quelque chose, tu vois ! » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Woulha n’a jamais imposé de préservatif au-delà des premiers rapports, parce qu’elle n’aime pas ça et qu’elle « ne veut pas arrêter les préliminaires pour revenir à quelque chose de plus matériel ». Mais ne pas imposer (demander) le préservatif est aussi une manière de ne pas faire face l’autre (à un jeune homme qui ne veut pas en utiliser) ou de confronter des avis divergents. Cela permet de ne pas questionner le rapport qui est en train de se dérouler. Lorsque le retrait n’était pas considéré comme « bien maîtrisé » ou lorsqu’il n’y avait « rien du tout », Woulha a pris la contraception d’urgence, pour se protéger elle. Forte de son initiative, elle informait ensuite ses partenaires de manière un peu culpabilisante, sorte de « petite vengeance personnelle » pour leur montrer qu’ils ne s’étaient pas souciés des conséquences du rapport sexuel ; une façon de les responsabiliser explique-t-elle. Mais ses déclarations n’ont bien souvent pas eu les effets souhaités. Lorsqu’elle a eu besoin de la contraception d’urgence, Benjamin³³ a paru étonné d’apprendre qu’elle ne prenait pas la pilule (ce qu’elle affirme pourtant lui avoir dit) ; elle s’attendait à des « preuves d’amour » de sa part, comme l’achat de la contraception d’urgence, chose qui, à ses yeux, aurait permis à son petit ami de se montrer concerné et de témoigner de sa culpabilité. Mais Woulha n’a reçu aucun retour souhaité.

« Moi j’estime que imagine tu couches sans capote, la moindre des choses si tu veux c’est quand même euh... ça coûte cher la pilule du lendemain ça coûte 70 balles (...) Quand t’es ado c’est cher. Et moi j’sortais toujours avec des mecs un tout petit peu plus vieux mais tu vois trois-quatre ans, ça joue à ce moment-là au niveau de l’argent même et euh... Et je trouve ça dingue que le mec ait pas la présence d’esprit de te dire... “Ben viens, on va acheter la pilule du lendemain“. Et même d’être sûr de le faire, c’est-à-dire même si t’as pas de sentiments te dire : “Putain je vais aller lui acheter la pilule du lendemain et elle va la prendre devant moi pour pas que je me tape une nana qu’est enceinte“ quoi enfin tu vois. Moi si j’étais un mec je réagirais comme ça enfin... Parce que un moment quand t’es enceinte euh ok c’est que la fille mais... t’es deux quoi ! » (Woulha, 20 ans, comédienne)

³³ Avec Benjamin, elle a eu une histoire à rebondissements (marquée par des ruptures successives). Comme il était plus âgé et expérimenté, elle attendait qu’il s’investisse davantage dans leur relation.

Lorsque elle parle de ses partenaires qui ont « *compté* », il s'agit de Paul et Jonathan³⁴. Ils sont ceux dont elle a été « *le plus amoureuse* », ils sont aussi les seuls à s'être souciés de sa contraception, contrairement à Benjamin pour qui elle éprouvait de « *très forts sentiments* » et qui l'a déçue car il ne s'est pas senti concerné et n'a pas réagi quand elle a pris la contraception d'urgence ; ce qui est pourtant « *la moindre des choses (...)* même si t'as pas de sentiments » dit-elle.

Avec Jonathan, elle envisage de « *reprendre* » la pilule, car c'est « *une relation qui vaut le coup* », mais la nécessaire visite gynécologique la freine. Elle craint de se faire accueillir « *fraîchement* », car elle n'y est pas retournée depuis la première fois.

« Je flippe d'aller chez le gynéco parce que... Enfin je flippe. J'ai jamais fait le test [VIH] moi (silence) donc euh... donc je flippe. Faut que j'aille faire le test. Faut que j'aille chez le gynéco. Faut que... mais j'crois que ça me fait flipper. Je sais pas pourquoi. Mais là, je vais devoir y aller, parce que... Comme histoire ça marche bien... Il me soûle pour que j'y aille ! » (Woulha, 20 ans, comédienne)

Ils souhaitent arrêter le préservatif, même si pour le moment ce n'est pas possible : Jonathan a une infection sexuellement transmissible qu'il a attrapée avec sa précédente partenaire. Mais cela ne l'empêche pas de s'investir, il « motive » Woulha à se rendre chez un gynécologue et à faire un test de dépistage. On peut se demander si le fait d'avoir eu une IST n'a pas eu pour conséquence qu'il soit plus vigilant sur la protection lors des rapports sexuels. L'investissement de Jonathan dans la relation et dans la contraception-protection est une preuve d'amour selon Woulha, « *ça montre qu'il m'aime* » dit-elle. Mais si l'investissement de son partenaire est important pour elle, elle tient à faire le contrepois en montrant qu'il n'est pas essentiel, qu'elle n'en est pas dépendante. Elle met aussi l'accent sur le fait qu'elle est capable de faire les choses « *seule et de [se] prendre en main* » et qu'elle n'a « *besoin de rien (...)* ni de personne » pour l'informer sur la sexualité ou la contraception. Woulha se dit très informée sur la contraception et le sida, elle revendique faire partie de la « *Génération sida (...)* C'est-à-dire qu'on écoutait Doc' et Difool sur Fun Radio qui expliquaient tout sur le sida (...) Les préservatifs à 1 franc c'était pour nous... ». Ce n'est donc ni l'accès, ni l'information sur la contraception qui sont en cause, mais davantage le type de relations affectives qu'elle a eues : « *souvent des histoires courtes [...] ou compliquées* ». La contraception d'urgence lui a permis de gérer au cas par cas sa contraception selon ses rapports sexuels et ses partenaires. Si elle l'a prise six fois, c'est parce que pour elle une

³⁴ Woulha est d'abord « *sortie* » avec Paul puis avec Benjamin et enfin elle « *sort* » avec Jonathan au moment de l'entretien.

contraception personnelle n’est possible que dans le cadre d’une relation réciproque et authentique (Le Gall, Le Van 2007).

L’exemple de Kelly permettra d’apporter un éclairage complémentaire, elle a 15 ans et vit chez ses parents. Dans la famille de Kelly, la sexualité est abordée sous forme de blagues, mais cela fait rarement l’objet de discussions concrètes. Ainsi, lorsqu’elle a eu ses règles, elle n’a pas su ce qui lui arrivait, « *tu vois j’ai flippé et tout pour rien ! Après elle [sa mère] m’a expliqué !* ». Comme dans beaucoup de famille, dont il est question ici, la répartition des rôles est stricte et immuable entre les parents : le père laisse à la mère la charge de parler de l’intimité, du corps, des sentiments, de la sexualité aux filles ; Kelly résume « *lui c’est pas une fille, c’est normal !* ». Mais quand Kelly cherche à parler de ses relations sentimentales à sa mère, celle-ci esquivé le sujet.

« Non je lui ai pas dit encore [le premier rapport]. Parce que, dès que j’en parle avec elle, elle fuit le sujet. Enfin, on peut dire qu’elle le sait. Mais elle veut pas se l’admettre voilà. (...) C’est toujours moi qui lance le sujet de conversation j’ai remarqué. Genre, je lui dis “ ton 1^{er} rapport c’était à quel âge ? Tu sais moi...” “ Et là, elle me vire... Elle me coupe la parole et me dit de faire quelque chose par exemple » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Ses parents permettent qu’elle ait une vie amicale et sentimentale (elle peut sortir le samedi soir, ses amis peuvent téléphoner jusqu’à 21h30), sa mère a rencontré Ibrahim et Mathieu³⁵, les « *copains avec qui ça a duré le plus longtemps* » et est prête, dans une certaine mesure, à écouter les histoires sentimentales de Kelly mais elle refuse de connaître sa vie sexuelle (ce qu’aimerait Kelly). Ainsi, comme s’il fallait des événements pour justifier les sujets de conversation, c’est la veille du départ en vacances de Kelly que sa mère a tenu à lui parler de protection et de contraception.

« L’année dernière ! Genre juste avant les vacances d’été, elle me dit « ouais, tu sais il faut toujours se protéger ». Je lui dis « ouais je sais » et puis elle me dit « mais il existe plein de moyens de contraception » et tout. Elle me parle de sa contraception à elle : « moi j’ai pris la pilule, et puis j’ai mis le stérilet et tout ». Et elle me parle quoi. Mais bon moi j’ai rien dit. J’ai plus envie d’en parler avec elle. Elle me soûle. On dirait qu’elle veut pas comprendre, donc tant pis pour elle. » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Pour Kelly, sa mère a à la fois « trop attendu » ou « trop retardé » le moment de la discussion et surtout elle a « trop refusé » de discuter, ce qui montre bien qu’elle est

³⁵ Les parents de Kelly refusent qu’elle fréquente Mathieu qu’ils considèrent comme « *une mauvaise fréquentation* », un « *délinquant* ». Pour pouvoir vivre son histoire d’amour, elle leur a « *fait croire qu’ils avaient rompu* » et a maintenu sa relation cachée pendant six mois. Puis, comme pour leur montrer qu’elle était la seule à choisir ses relations amoureuses, elle leur a annoncé qu’ils étaient à nouveau ensemble.

« *décalée* ». Les recommandations maternelles lui paraissent d'autant plus désuètes que Kelly a déjà eu sa première fois et qu'elle s'est déjà renseignée sur la contraception. Elle a l'impression qu'un fossé la sépare de sa mère : elles ne se comprennent pas parce que « *le "bon moment" pour parler, n'arrive jamais au même moment* ». Selon elle, sa mère ne fait aucun effort.

« Une fois, je lui ai dit qu'il faudrait que je prenne la pilule parce que j'avais très mal au ventre quand j'avais mes règles... Bon c'était pas vrai... Et elle m'a dit « bah non c'est des conneries, si t'as mal au ventre tu prends un médicament » genre Spasfon® ! » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Les tentatives de Kelly pour parler à sa mère de sexualité et de contraception sont restées vaines, ce qu'elle « *compte bien lui faire payer* » en refusant de lui parler. Avec Mathieu, son copain depuis deux ans, elle a eu son premier rapport sexuel. Ses parents désapprouvent cette relation et refusent la réalité. Ils cherchent à ignorer les rapports sexuels de leur fille avec ce jeune homme ; ce que Kelly n'hésite pas à rappeler à sa mère, comme pour la provoquer. Du fait de leur âge, ils habitent tous deux chez leurs parents ; ce qui ne les empêche pas d'avoir des rapports sexuels relativement fréquents (une à trois fois par semaine). Ils font des « *missions* » la nuit pour aller se voir l'un chez l'autre car ils n'ont pas le droit de « *découcher* ».

« Mon copain, il dort chez moi souvent tu vois. (...) Dans ma chambre, au fond, j'ai une porte qui donne sur la cour [elle habite au RDC]. Avant on se faisait des missions. Mon copain, il m'attendait à 1h30 devant le portail. Il sifflait, il sifflait. Il passait par ma porte et le matin, il partait. (...) Mais chez lui, c'est pire. Parce que c'est plus risqué (...). Je mets mon réveil, je me lève, et tac j'y vais (...) genre vers 2h du matin je viens, il m'ouvre la porte crac... Je repars à 6h... et voilà. C'est des missions quand même. » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Au début, ils utilisaient des préservatifs et pratiquaient le retrait lorsqu'ils n'avaient pas de préservatifs. Au fil de l'entretien, on comprend d'ailleurs que les préservatifs manquaient souvent, l'imprévision des rapports et les difficultés financières d'accès aux préservatifs étant les principales raisons avancées. « *Les préservatifs coûtent cher* »³⁶, surtout pour les plus jeunes, comme le disent aussi Justine et Solenn.

³⁶ Kelly a 10 euros d'argent de poche par mois et réussit « *à avoir un peu plus en faisant du baby-sitting* ». Les mois les plus « riches », elle dispose de 40 euros. Le montant du budget personnel que les jeunes peuvent gérer à l'abri du regard parental explique en partie pourquoi certains sont amenés à voler des préservatifs.

« On a mis des préservatifs. Lui il allait les voler chez Casino... Moi, j’en achetais. Et puis au bout de... août... y avait trop d’accident... trop de... tu sais pas des pénétrations, mais des... tu sais... On m’a toujours dit... avant y a des gouttes de sperme et tout... Et vu qu’on mettait pas tout le temps la capote, bah à chaque fois j’étais obligée de prendre la pilule du lendemain. Et puis je l’ai trop prise. Et j’ai décidé de prendre la pilule parce que j’en avais trop marre » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

À défaut d’une contraception/protection efficace, Kelly a eu recours une dizaine de fois à la contraception d’urgence avec Mathieu. Au cours de discussions avec ses proches (amies, sœur...) elle a pris peur de la contraception d’urgence. Sa grande sœur lui a dit de faire attention « *sinon ça risquait de ne plus fonctionner* », comme si le corps s’habitue au produit et que cela réduisait l’efficacité. Ses copines lui ont dit qu’elle pourrait être stérile. Inquiète, elle a réussi à convaincre sa mère de lui payer un rendez-vous chez le médecin, sans préciser l’objet de la visite. Au cours de ce rendez-vous, Kelly s’est fait prescrire la pilule, qu’elle refuse de se faire rembourser.

« Bah 7 euros quelque chose [prix de sa pilule quotidienne]. Donc je demande à mon docteur qu’il me la prescrive, parce que tu sais, faut payer les consultations. Et donc je dis à ma mère “ouais j’ai un problème, faut que j’aille chez le docteur donc elle me paie“.(...) Les dames [médecins du cabinet médical] elles me donnent les trucs [feuilles de remboursement] mais bon je jette. Ça sert à rien. Je veux pas le dire à ma mère. Je veux pas ! » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Elle n’a pas trouvé de solution pour se procurer gratuitement la pilule³⁷, son expérience unique avec un planning familial lui a laissé un mauvais souvenir. Mais la dépense financière pour la pilule lui paraît plus acceptable que pour la contraception d’urgence.

« Celle-là [la dernière contraception d’urgence] je l’ai pas payée ah ouais... J’ai dit « moi je suis mineure, moi je paie pas ». Attends, mettre 7 euros dans un truc comme ça [la contraception d’urgence] c’est cher quand même ! » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Si la pilule coûte 7 à 10 euros par mois (lorsqu’elle n’est pas remboursée) la contraception d’urgence ou le préservatif (méthodes liées à l’acte) coûtent souvent beaucoup plus cher ; d’autant qu’à ces méthodes, il faut ajouter le test de grossesse qui représente une autre source de dépense liée à la gestion de la fécondité (un test urinaire coûte entre 7 et 15 euros environ). Kelly en a acheté un, une fois, « *histoire de* », mais elle ne s’en est jamais servie, préférant conserver son test « *pour une occasion plus valable* » qu’une « *simple inquiétude* ».

³⁷ Les jeunes femmes qui sont sur la carte vitale de leurs parents craignent que les rendez-vous médicaux soient visibles, aussi elles ne se font pas rembourser et consultent peu.

« J’ai toujours un test de grossesse chez moi... histoire de, on ne sait jamais. Je l’ai acheté au cas où... C’était en juillet. C’était après avoir pris la pilule du lendemain et que ça marchait pas bien et tout. Mais je l’ai pas utilisé. J’ai eu envie. Mais je me suis dit, si je l’utilise et qu’il y a rien et qu’un jour j’en ai besoin et j’ai pas d’argent... Ben... » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

La question du coût des contraceptifs, relevée par plusieurs enquêtées, amène à s’interroger sur la gratuité. En effet, si la loi (2001) précise que la contraception d’urgence doit être délivrée gratuitement aux jeunes femmes mineures, sans autorisation parentale, la réalité est autre. L’obtention de la contraception d’urgence en général et par les mineures en particulier peut faire l’objet d’une négociation intense avec les pharmacien(ne)s. Ainsi, certains professionnels refusent de la délivrer gratuitement, d’autres demandent une pièce d’identité pour vérifier l’âge (allant à l’encontre du principe d’anonymat) ou font la morale sans la fournir. Par exemple, les réticences des pharmaciens sont connues et redoutées par l’ensemble des jeunes femmes rencontrées, ce qui les amène à élaborer des stratégies pour arriver à leurs fins. Les plus jeunes se rendent en groupe dans les officines pour se la procurer, celle qui la demande n’est pas celle qui en a besoin.

« C’est plus facile de se faire traiter de salope quand c’est pas pour toi en fait. » (Edwige, 15 ans, lycéenne)

Kelly demande de l’aide à ses amies pour se procurer la contraception d’urgence, elles vont ensemble à la pharmacie, elle les laisse parler mais répond à leur place quand les questions de la pharmacienne sont trop précises.

« J’ai jamais été chercher toute seule la pilule du lendemain. Je sais pas pourquoi... J’avais un peu honte. En général c’est des vieilles et tout [les pharmaciennes]. La première fois elle m’a expliqué, elle m’a dit qu’il fallait pas trop la prendre cette pilule et tout (...). C’est mes copines qui demandaient et tout... Et genre quand la pharmacienne demandait « comment ça s’est passé ? » je racontais et tout... et la pharmacienne elle posait des questions et elle pétait un câble... Elle m’a fait « C’est pour qui là ? » bah « C’est pour elle » j’ai dit ! Elle m’a dit « Et tu connais sa vie par cœur ? » j’ai dit « Oui, elle m’a raconté » (rires). » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Les stratégies de groupe nécessitent donc de dire et détailler sa vie sexuelle à ses amies qui sont des confidentes. Dans les récits des plus jeunes, les partenaires sont plus souvent mis à l’écart. Ainsi, Mathieu n’est jamais venu avec Kelly pour aller chercher la contraception d’urgence, ce qui pour elle n’est pas un signe de désinvestissement ; elle conçoit « *qu’il ne [comprenne] rien, puisque c’est pas une fille* » mais selon elle, il fait des efforts pour s’y intéresser. « Être une femme, être un homme n’est plus seulement ici entendu comme référant à la seule conscience de son sexe biologique mais relève de l’appartenance à une sous-culture (féminine, masculine), il s’agit alors de se définir en

référence à des idéaux de la féminité et de la masculinité, d’éprouver ce qu’il en est dans et par le regard de l’autre » (Déroff, 2007, p. 32). Kelly met en valeur, ici, son appartenance de genre, dans la mesure où son identité personnelle est fortement liée à une forme de conscience de groupe, elle fait partie du groupe des femmes, Mathieu non. Justifiant l’attitude de Mathieu par une différence de sexe (relevant de l’opposition mâle/femelle), Kelly sous-entend que l’intérêt porté à la contraception s’explique aussi par une socialisation différentielle à la sexualité (tout comme elle l’expliquait avec son père). D’après les propos de Kelly, on comprend que « les femmes développeraient des qualités, des “savoirs“ particuliers et leur appartenance en propre qui renvoient également à cette idée de “Nature“ » (Déroff, 2007, p. 132).

« Un jour on a eu un accident. Il m’a dit « je vais t’accompagner chez le docteur et tout » et il est jamais venu. Il m’a dit « je vais t’amener chez le docteur » et je lui ai dit « mais on n’a pas l’argent et tout » et il m’a dit « mais si t’inquiète pas on en trouvera » et voilà. Mais en fait il m’a dit appelle-moi et je l’ai pas appelé tu vois. Je me suis dit vas-y c’est pas grave, je vais pas le déranger et tout. » (Kelly, 15 ans, lycéenne)

Pour Kelly, Mathieu « fait tout ce qu’il peut » pour contribuer à la protection/contraception (il vole des préservatifs) bien qu’il ne se soit jamais soucié réellement des suites d’un rapport non ou mal protégé. Pour elle, la contraception est une « affaire de femmes » et Mathieu n’en sort que plus « homme » à ne pas s’en préoccuper ; cela souligne en quelque sorte sa virilité.

Le fait que la vie sexuelle des jeunes femmes soit officieuse pour leur famille (et parfois une partie de leurs pairs) a pour conséquence une gestion officieuse de la contraception, même si elles ont les moyens d’y avoir accès. Évitant d’être confrontées à un médecin de peur de se faire reprocher un manque de suivi, elles sont nombreuses à user de moyens alternatifs pour avoir la pilule sans consulter régulièrement de gynécologue, ni de médecin. Les jeunes femmes réutilisent des ordonnances périmées ou utilisent celle de leurs amies, elles demandent aux pharmaciens la pilule « en dépannage » sous prétexte qu’elles ont oublié ou perdu l’ordonnance. Ces ruses sont connues des pharmaciens, certains jouent le jeu, d’autres refusent, mais elles ont permis à des jeunes femmes de ne pas consulter de médecin pendant plusieurs années³⁸. Elles ont toutes été à la pharmacie pour se procurer la contraception d’urgence, l’anonymat étant plus facile

³⁸ Ces tactiques paraissent plus faciles pour les franciliennes qui disposent d’un grand nombre de pharmacies dans Paris et par quartier. Certaines jeunes femmes vivant en banlieue ont raconté avoir recours à cette technique sur Paris, parce que l’anonymat y est mieux garanti.

qu'au planning familial et la morale plus supportable selon elles (elle est plus rapide dans la durée et moins personnalisée dans la mesure où les pharmaciens ont moins de temps que les conseillères conjugales pour écouter parler les jeunes femmes de leur vie sexuelle). Enfin, les jeunes femmes rencontrées qui ont utilisé plusieurs fois la contraception d'urgence ont plus souvent une relation distante avec le corps médical dont elles redoutent les commentaires et sont plus nombreuses à faire des arrangements avec leur contraception. Si certaines se sont « familiarisées » avec cette méthode de secours en relativisant l'importance et la fréquence de leurs utilisations, pour aucune la contraception d'urgence ne se substitue à la contraception. La contraception d'urgence fonctionne pour elles comme la dernière méthode contraceptive féminine mise à leur disposition pour éviter une grossesse.

Aujourd'hui, les jeunes sont amenés à gérer seuls les domaines privés de leur vie comme leurs relations amicales et amoureuses (Singly, 1996, 2000). Le contrôle parental s'effectue davantage sur des domaines précis tels que la réussite scolaire et/ou professionnelle (Galland 2001 ; Singly, 2006). Il n'y a donc pas d'ouverture permanente ni totale du monde privé des jeunes à leurs parents. Ainsi, lorsque Michel Bozon (2002) souligne qu'aujourd'hui les parents sont de plus en plus témoins et complices de la sexualité de leurs enfants non mariés, ce n'est pas le cas pour une grande partie des jeunes femmes de notre corpus. Lorsque la sexualité est désapprouvée ou niée, autrement dit non reconnue par les proches (famille, pairs), les jeunes femmes rencontrées semblent se sentir moins légitimes pour fréquenter les lieux du médical (CPEF, infirmerie, cabinet médical...). Pour Woulha et Kelly, leurs parents se concentrent sur leur scolarité et le domaine professionnel, leur sexualité est laissée à leur seule responsabilité³⁹. C'est donc sous « l'épée de Damoclès » dont parlait Olivier Schwartz (1990) qu'elles débutent leur vie sexuelle et contraceptive : sans pilule mais avec le devoir de ne pas être enceinte. La pilule n'est pas un médicament « idéologiquement neutre. Dès sa mise au point comme technique contraceptive, la pilule véhiculait une morale : elle délivrait de la sujétion à la fécondité pour libérer un

³⁹ Si Woulha a 20 ans et Kelly 15 ans, on comprend bien évidemment que leur différence d'âge est à prendre en compte dans l'écoute de leurs histoires. Si la famille de Woulha a bien reconnu son droit à une vie intime dès ses premières relations (elle a eu son premier rapport à 17 ans) sans toutefois accepter de lever le voile de l'intimité, la famille de Kelly n'a elle pas offert la même reconnaissance. On peut penser que l'entrée dans la sexualité active de Kelly à 14 ans a pu renforcer le refus de cette dimension identitaire. Les parents de Kelly refusent donc toujours qu'elle prenne la pilule.

droit théorique à la sexualité et au plaisir » (Schwartz, 1990, p. 142). Une jeune femme qui prendrait la pilule serait susceptible de devenir une « fille facile » car cela lui permettrait de nombreuses aventures sexuelles sans conséquences procréatives (d'où peut-être la résistance de certaines mères). En limitant ou en interdisant l'accès aux contraceptifs, les mères confrontent leurs filles à des méthodes contraceptives davantage liées à l'acte, et constatées moins fiables (en contradiction avec l'intention des mères de protéger leurs filles le mieux possible).

L'envie d'adopter une méthode de contraception régulière est évoquée par toutes les jeunes femmes quels que soient leur âge, leur niveau scolaire, leur diplôme ou leur biographie sexuelle. Adhérant en majorité au scénario contraceptif, elles s'approprient le discours normatif et cherchent à le mettre en pratique, ce qui n'est pas sans donner lieu à certaines tensions (identitaires et entre les partenaires). Les histoires brèves ou épisodiques, la multiplication des partenaires et l'irrégularité des rapports sexuels freinent la mise en place d'une contraception personnelle quotidienne efficace. Le temps qui s'écoule entre deux rapports peut empêcher l'instauration d'habitudes contraceptives entre les partenaires ; la contraception est un sujet de discussion et de négociation à chaque rapport (ou presque). Les ruptures passagères (« *break* ») au sein d'une histoire amoureuse (relativement fréquentes dans les récits des enquêtées) sont susceptibles d'être des moments de remise en cause de la contraception et/ou d'interruption de la pilule. La majeure partie de la biographie contraceptive se comprend donc grâce à la biographie affective et sexuelle (sentiment amoureux, évolution du couple, légitimité de la relation, officialisation, nature des échanges entre les partenaires sont des indicateurs pour saisir les enjeux contraceptifs). D'après notre enquête, on peut penser que la biographie affective est un axe primordial autour duquel s'organise la biographie sexuelle et contraceptive. C'est aussi selon cet axe que s'affirme le choix de la méthode et se construit l'argumentaire qui va avec.

La proportion de jeunes femmes désirant ne plus prendre la contraception d'urgence augmente avec le nombre de comprimés pris depuis le début de la biographie contraceptive : l'interprétation des conséquences de la contraception d'urgence sur la santé, plus particulièrement sur la santé reproductive, est un motif souvent évoqué pour

justifier les petits arrangements avec cette méthode⁴⁰. Pour la majorité de ces jeunes femmes, ce sont moins les campagnes d'information qui leur ont fait « peur » que leurs proches (amis, parents) et les professionnels (infirmière scolaire, planning familial, gynécologue, médecin de famille) qu'elles ont rencontrés, l'impact de la persuasion étant d'autant plus fort que la personne est considérée comme un proche ou légitimée par sa profession. Comme le remarquait Patrick Peretti-Watel dans ses portraits de fumeurs dissonants, « les réseaux de sociabilité amicale et familiale peuvent jouer un rôle significatif dans la réussite d'une tentative d'arrêt, de même que le réseau professionnel » (2003, p. 223).

4. ÊTRE PROTEGEE, SE CROIRE PROTEGEE

Comme nous avons commencé à le voir, le fait que les jeunes femmes aient pris une ou plusieurs fois la contraception d'urgence ne dépend pas du nombre de rapports non ou mal protégés qu'elles ont eus. La plupart des jeunes femmes font en effet des « *petits arrangements* » avec leur contraception ; au moment où « *les choses se passent* » elles composent suivant leurs envies, leurs désirs, leurs expériences passées, leur contraception et protection personnelles, et celles de leurs partenaires. Les solutions adoptées en pratique dépendent alors de la réaction du partenaire et du rapport de force qui existe à l'intérieur du couple. Les pratiques contraceptives des jeunes femmes ne sont pas aussi linéaires et rationnelles qu'elles aimeraient le faire croire : quand le contexte sentimental varie, la contraception aussi. Les biographies contraceptives sont donc « composées d'une succession complexe d'épisodes d'utilisation et de non utilisation de la contraception dépendant des comportements sexuels et reproductifs des femmes » (Rossier, Léridon, 2004, p. 462) mais aussi de leurs relations affectives.

Ainsi, comme le faisaient remarquer Laura Cardia-Vonèche *et al.* dans une recherche sur les manières de faire face au risque du sida dans les couples, « dans une relation « fusionnelle » le problème du risque du sida n'est appréhendé que comme une marque de défiance et de distanciation vis-à-vis de l'autre, ce qui s'inscrit entièrement en opposition avec l'idée de confiance sur laquelle la relation est fondée. On peut donc s'attendre à ce que les personnes engagées dans des relations de ce type gardent pour

⁴⁰ Ces jeunes femmes sont quasiment toutes prêtes à reprendre la contraception d'urgence si une situation jugée suffisamment « *dangereuse* » leur arrivait une nouvelle fois, convaincues qu'il vaut mieux pour le corps, pour soi et pour son couple (s'il y a couple), prendre la contraception d'urgence plutôt que se risquer à avorter.

elles leurs inquiétudes. [...] Au contraire, les tensions entre principe de santé et principe de plaisir peuvent se manifester ouvertement dans le cas où la relation est de type « associatif ». La régulation contractuelle qui caractérise celle-ci dès son origine permet qu'une négociation prenne place entre les partenaires au sujet des risques que chacun encourt dans les rapports sexuels ou représente pour l'autre et au sujet de la manière de s'en protéger » (Cardia-Vonèche, Osiek, Bastard, 1992, p. 321). On retrouve des tensions similaires dans les pratiques contraceptives. L'analyse des pratiques sexuelles et contraceptives souligne qu'on ne peut restreindre la prise de risque lors d'un rapport sexuel uniquement à sa dimension sanitaire. Il est nécessaire d'élargir la définition du risque et d'y ajouter une dimension identitaire et une dimension relationnelle pour comprendre les stratégies de protection mises en place par les individus. Au-delà du compromis que les jeunes femmes doivent faire entre ce dont elles disposent comme protection/contraception et ce qu'elles ont (ou vont avoir) comme pratique sexuelle, il faut comprendre que pour ces dernières, les risques sanitaires sont liés aux risques affectifs inhérents à la relation à l'autre (Levinson, 2003). La typologie proposée par François Delor paraît pertinente pour résumer l'adaptation des méthodes contraceptives aux circonstances des rapports sexuels et au type de relation vécu. Pour l'auteur, il faut distinguer la protection objective et effective, la protection relative et enfin la protection absolue. La *protection objective* et effective est celle de « l'homme raisonnable », qui, en ce qui nous concerne, serait le cas des jeunes femmes ayant pris la contraception d'urgence à chaque rapport non ou mal protégé. La *protection relative* serait, elle, celle d'individus qui développent des stratégies, dont le jeu peut être un exemple ; ce sont les « *arrangements contraceptifs* » qui peuvent être perçus comme un « [jeu] avec le feu » comme le dit Bénédicte. C'est le cas le plus fréquemment rencontré dans les entretiens : les jeunes femmes évaluent le niveau d'exposition à une grossesse non prévue et choisissent ou non de prendre la contraception d'urgence. Enfin, la *protection absolue* est une « forme de retrait du monde des soucis » (Delor, 1999), que certains qualifient d'inconscience à l'égard des risques mais qui s'apparente davantage à une mise à distance du risque et à un abandon quasi total dans la relation à l'autre ; c'est le cas de jeunes femmes influencées par leurs partenaires à qui elles vouent une confiance aveugle ou celles qui se persuadent que « rien ne peut [leur] arriver », croient en leur « bonne étoile », « croisent les doigts » lors d'un rapport non contracepté et non protégé, et ne prennent pas la contraception d'urgence. Dans une certaine mesure, c'est aussi le cas des jeunes femmes qui se sont fait violer, puisqu'en refusant le rapport forcé

et en raison des circonstances du rapport, elles pensent que « *rien ne peut se passer dans ces conditions* ».

Ces trois formes de protection varient selon les relations qu'elles entretiennent avec leurs partenaires mais aussi et surtout en fonction de leurs biographies sexuelles et affectives. On retrouve ainsi la notion de « protection imaginaire⁴¹ » développée par Rommel Mendes-Leite au cours de ses recherches sur le sida. En effet, la prévention du sida a montré qu'il n'y avait pas de lien direct entre la connaissance qu'une personne peut avoir du danger de la contamination et les comportements qu'elle va ou peut mettre en œuvre face à ce risque (CRIPS, 1998). Ainsi, Rommel Mendes-Leite explique que « les personnes connaissent en majorité la nécessité de la gestion des risques et mettent en œuvre certaines pratiques préventives. Cependant, elles procèdent parfois à une réappropriation des "consignes de prévention", en les rendant plus proches de leur cadre cognitif socioculturel, ce qui leur donne l'impression de ne pas prendre de risques. Une telle stratégie a pour la personne une certaine logique. Ainsi, une personne peut faire la différence entre fidélité physique et fidélité émotionnelle ; curieusement, cette dernière, considérée comme plus précieuse, ne s'accompagne pas nécessairement d'exclusivité sexuelle. Ces stratégies de "protection imaginaire et symbolique" ne signifient pas que les personnes concernées ignorent la prévention ou ne croient pas en son efficacité. Au but principal de se protéger de la contamination, elles ajoutent naturellement celui d'amoindrir les contraintes représentées par les restrictions qu'impose la prévention » (Mendes-Leite, 1996). Tout comme le montrent les résultats des recherches sur le sida, on constate dans notre étude sur la contraception d'urgence le recours à des protections contraceptives imaginaires. On ne peut donc prétendre comprendre les pratiques individuelles en s'attachant qu'aux enjeux sanitaires puisque « les pratiques sexuelles ont des formes changeantes selon le contexte social, sexuel et émotionnel et selon le style de sexualité des individus » (Mendes Leite, 1995, p. 94). Quand les jeunes femmes cherchent à éviter une grossesse en prenant la contraception d'urgence, le recours à cette méthode ne se limite pas à une préoccupation sanitaire. Les chapitres 10 et 11 permettront de montrer d'une part les enjeux identitaires dans le choix d'une telle méthode aux débuts de la biographie contraceptive, sexuelle et affective des jeunes

⁴¹ L'expression a été utilisée pour la première fois par Rommel Mendes-Leite et Olivier de Busscher en 1992 dans *Les représentations et les vécus des homos et bisexuels à l'époque du sida : les départements de la Vendée et des Deux-Sèvres* », rapport de fin de contrat remis à l'Agence Française de Lutte contre le Sida, Paris, Groupe de recherches et d'études sur l'homosocialité et les sexualités.

femmes ; et d'autre part les enjeux relationnels de cette méthode de « rattrapage » puisque, comme nous avons commencé à le voir, le lien affectif a une influence forte sur le type de méthode employé. Nous posons l'hypothèse que la relation affective conditionne la méthode contraceptive, en conséquence le type de relation qu'ont les jeunes femmes détermine leur choix contraceptif. Nous chercherons à comprendre quelles sont les influences des relations avec les proches (parents, pairs) et avec les partenaires et quelles sont leurs répercussions sur les manières d'appréhender les risques de grossesse dont elles seules sont tenues pour responsables.

CHAPITRE 10 - LE RECOURS A LA CONTRACEPTION D'URGENCE, L'OCCASION D'UN RETOUR SUR SOI

En France, la sexualité est aujourd'hui envisagée comme une voie possible d'épanouissement personnel, où la libération sexuelle aurait ouvert à tous et à toutes le « droit au sexe », au plaisir des corps. La contraception est alors présentée comme une formalité obligatoire pour les femmes. La sexualité est loin d'être secondaire dans la construction identitaire, elle est même essentielle dans la conquête de l'identité sexuée : désirer et être désirée, avoir du plaisir et en donner prend pour les femmes une signification particulière (Bozon, 2002) qui n'a pas d'équivalent chez les hommes (Théry, 1999). Si la sexualité s'offre au plus grand nombre dans des conditions diversifiées, elle reste empreinte de certaines lois et de certaines normes qui varient selon l'âge, le sexe ou la situation « conjugale » des individus. « Plus que d'une émancipation, d'une libération ou d'un effacement des normes sociales, on pourrait parler d'une individualisation, voire d'une intériorisation, produisant un déplacement et un approfondissement des exigences et des contrôles sociaux » (Bozon, 2004, p. 16). Ainsi, « dans un univers qui ne cesse pas d'être structuré en profondeur par les inégalités entre sexes et entre classes mais où les normes en matière de sexualité se sont mises à proliférer plutôt qu'à faire défaut, les individus sont désormais sommés d'établir eux-mêmes, malgré ce flottement des références pertinentes, la cohérence de leurs expériences intimes » (Bozon, 2004, p. 16). Pour cela, les jeunes femmes se réfèrent à des codes communs qu'elles partagent avec les jeunes, les femmes et/ou leur milieu social par exemple. C'est-à-dire qu'elles se réfèrent à des « scripts » (Gagnon, Simon, 1973 ; Gagnon, 1999 ; Bozon, Giami, 1999), des « scénarios » (Le Gall, Le Van, 2007) qui sont valorisés par leurs pairs, par leurs proches. Elles utilisent des « histoires de référence » (Levinson, 2001) pour situer leurs nouvelles relations dans leur biographie affective et comme élément de comparaison avec les récits de leurs copines.

Pour assumer leurs pratiques et donner une signification à leur biographie sexuelle et affective, les jeunes femmes doivent rendre cohérents leurs comportements sexuels, pour elles et pour leurs proches. C'est à elles, et à elles seules, qu'il advient de faire face aux contradictions de leur gestion de leurs comportements sexuels et de leur contraception. En effet, les stratégies de prévention actuelles (sida, IST, ou grossesses

non prévues), ont pour objectif de responsabiliser les individus qui sont considérés comme capables (et donc moralement contraints) de décider seuls, tout en tenant compte des autres, de leur santé et de leur bien-être sexuel. Cette aspiration à la responsabilité individuelle ne va pas sans créer de tensions dans la construction identitaire des individus, nous le verrons. Ceci est d'autant plus marqué lorsqu'on s'intéresse à la contraception dans la mesure où dans la quasi-totalité des cas, les jeunes femmes assument la responsabilité contraceptive : les partenaires sont acquis au principe de la contraception, mais ce sont bien souvent elles seules qui la prennent en charge. Le partage des responsabilités, de la prise en charge, et donc l'alternance des méthodes utilisées demeurent difficiles, les réticences masculines sont nombreuses.

Les récits des jeunes femmes affirment que le recours à la contraception d'urgence a des conséquences au-delà de la biographie contraceptive et donne lieu à une redéfinition de soi. Se demander comment l'utilisation de la contraception d'urgence par les jeunes femmes peut constituer, selon leurs propres mots¹, une « *épreuve* » ou une « *expérience* » personnelle, c'est s'interroger sur le sens que prend cet événement pour les jeunes femmes utilisatrices. Cela nécessitera de s'intéresser aux enjeux relationnels dans la prise de contraception d'urgence (chapitre 11). En se demandant « *comment [elles] en [sont] arrivé là* », les jeunes femmes s'interrogent sur leur « *capacité* » à prendre en charge leur contraception, dans la mesure où cela relève de leur responsabilité personnelle. Les entretiens permettent de saisir qu'il y a deux formes de gestion du risque de grossesse suite à un rapport non ou mal protégé qui conditionnent l'utilisation de la contraception d'urgence. Pour certaines cela conduit à se demander si elles vont savoir gérer la situation et éviter une grossesse ; l'utilisation de la contraception d'urgence est pour elles une « *épreuve* » et constitue un obstacle personnel à surmonter. Pour les autres, le recours à la contraception d'urgence s'apparente davantage à une « *expérience* », comme celles qui « *qui forment la jeunesse* » (Isabelle), et leur permet de mettre à jour une nouvelle facette identitaire ou de la confirmer. Vécu comme une « *expérience* », le recours à la contraception

¹ Les mots « *épreuve* » et « *expérience* » sont assez récurrents dans les entretiens et semblent s'opposer dans les discours des enquêtées (une dizaine de jeunes femmes utilise le mot « *épreuve* » et une vingtaine parle d'« *expérience* » à propos de la contraception d'urgence). Ces expressions font référence au vécu des événements et à leurs conséquences identitaires, comme nous tenterons de le montrer.

d’urgence tend à confirmer une appartenance de genre (en tant que femmes) et générationnelle (en tant que membre du groupe de pairs).

Nous avons donc été amenés à distinguer l’« *épreuve* » de l’« *expérience* » au sujet de la contraception d’urgence pour comprendre comment celle-ci peut contribuer à modifier l’image que les jeunes femmes ont d’elles-mêmes dans leurs rôles de femmes, de petites amies de (de partenaires de), de filles de, d’amies de. Cela nécessitera de tenir compte du contexte global dans lequel les jeunes femmes rencontrées vivent leur sexualité et leur féminité.

Nous l’avons vu, aujourd’hui il existe un temps pour tout, la biographie sexuelle est donc normalisée. Il y a un temps pour les découvertes, un temps pour les performances, un temps pour les aventures, ou encore un temps pour la maternité². Dès lors, les femmes doivent composer avec la définition sociale du bon âge pour avoir des enfants, qui qualifie comme déviantes les grossesses avant 25 ans ou après 40 ans. Et si « la diffusion de la contraception médicale a fait reculer le poids des grossesses non prévues : la disparition de cette peur et le fait que les nouvelles méthodes de contraception soient mises en œuvre par les femmes permettent l’émergence de nouvelles manières de vivre l’expérience sexuelle » (Bozon, 2004, p.16), elle rend d’autant plus responsable les femmes de la contraception du couple et c’est notamment à ce titre que la contraception d’urgence peut être considérée comme un événement personnel.

1. UNE « EPREUVE » A SURMONTER

Comme l’avait observé Marie-Ange Schiltz avec des femmes séropositives (1999), nous avons vu comment les individus adaptent les consignes de prévention et de contraception à partir de leurs besoins, de leurs désirs mais aussi de leurs difficultés. Ce sont ces petits « *arrangements* » contraceptifs qui permettent de comprendre comment l’utilisation de la contraception d’urgence n’est pas une simple méthode d’urgence mais comment une méthode qui contribue à la construction de soi, révélant certaines

² « La phase de la vie qui se déroule désormais entre le premier rapport sexuel et l’entrée, plus tardive, dans la vie conjugale (la phase de sexualité juvénile) continue à être évaluée socialement selon des critères qui tiennent fortement compte du sexe de l’individu : ainsi une jeune femme dont la vie sexuelle comprend à ce moment-là des expériences multiples et brèves connaît de fortes sanctions de réputation, ce qui n’est pas le cas des jeunes gens dans la même situation » (Bozon, 2004, p.17).

dimensions jusqu'alors restées invisibles (ou peu visibles) aux jeunes femmes concernées.

Pour celles qui n'ont pas de contraception personnelle, le recours au préservatif est utilisé pour des raisons de protection et plus rarement comme une méthode de contraception. Lorsque le préservatif est absent, la jeune femme s'expose et/ou expose son partenaire à deux risques distincts : celui de transmission d'infections et celui d'une grossesse. Dès lors, même si les jeunes femmes conçoivent des stratégies de réduction des risques qui ont leur propre rationalité et qui ne sont pas conformes aux recommandations, ceci n'est pas sans laisser de traces dans l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. À partir du moment où l'on sait que même pour les jeunes femmes munies d'un préservatif, il n'est pas évident d'imposer à leur partenaire une conduite de réduction des risques (autant infectieux que de grossesse), il faut considérer que la gestion de la protection et de la contraception est le fruit d'une négociation implicite ou explicite entre les partenaires et elles-mêmes qui dépasse les enjeux sanitaires (chapitre 9). Pour une partie des jeunes femmes rencontrées, le recours à la contraception d'urgence a été une « *épreuve* » dans la mesure où cela les a amenées à se questionner sur leur capacité à gérer leur sexualité et plus particulièrement leur contraception. Plus largement, cela a conduit certaines à remettre en cause la « maturité » qu'elles pensaient avoir « acquise » ; l'autonomie qu'elles revendiquaient jusqu'alors à l'égard de leurs parents. Avec la contraception d'urgence, les jeunes femmes doivent se prouver et à prouver à leurs proches leur aptitude à faire face à un rapport non ou mal protégé ; c'est là que cette méthode contraceptive de secours peut être considérée comme une « *épreuve* » plutôt qu'une « *expérience* ». La distinction qu'opèrent les intéressées entre *épreuve* et *expérience* semble être surtout posée en terme d'impact sur la biographie sexuelle et contraceptive et plus largement sur la construction identitaire. Pour celles qui parlent d'*épreuve*, il semblerait que la contraception d'urgence ait remis en question la récente autonomie de leur sexualité et plus largement leur désir d'avoir un « monde à [elles] » dont les parents seraient exclus. L'écart à la règle et à la norme du tout contraceptif est alors perçu comme une « *erreur* » personnelle (puisqu'elles seules ont la responsabilité de la contraception) de gestion de la contraception/protection. Les entretiens permettent de mettre en évidence trois figures de jeunes femmes ayant vécu le recours à la contraception d'urgence comme une « *épreuve* » : la « *petite fille* », la « *folle* » et la « *conseillère* ». Ces figures permettront de comprendre comment les jeunes femmes

remettent en question les nouveaux acquis pourtant si valorisés ; elles aideront à comprendre quelles sont les difficultés et les tensions auxquelles les jeunes femmes doivent faire face suite à cet « *échec* ».

« *Redevenir une petite fille* »

Au moment des premiers rapports sexuels et des débuts de la biographie contraceptive, les jeunes femmes revendiquent le droit d'avoir plus d'intimité, d'être plus libres sur les horaires de sorties... autrement dit, elles cherchent à étendre leur pouvoir sur l'organisation de leur vie sociale, amicale et affective. Pour les plus jeunes, qui dépendent encore toutes de leurs parents, financièrement, mais aussi moralement, il semble que l'approbation de la relation et la reconnaissance d'une vie sexuelle active par les mères permette plus facilement aux filles de les assumer. L'accompagnement maternel est donc important (Knibiehler, 2001, p. 203). Les entretiens avec les jeunes femmes plus âgées montrent qu'elles sont davantage propriétaires de leur « monde privé » et sont mieux en mesure d'en ériger les règles (ce qu'elles font à l'aide de leurs pairs).

Aussi, qu'elles aient eu l'occasion de discuter de sexualité ou de contraception avec leurs mères ou non, toutes les jeunes femmes de ce profil ont eu tendance à mettre de la distance, dès leurs premières histoires amoureuses, entre elles et leurs parents ; entre elles et leurs mères. Le rôle des mères dans le processus de construction identitaire des jeunes femmes mérite d'être à nouveau souligné, il leur permet effectivement de conforter leur appartenance de genre (et leur offre l'occasion de se projeter dans une féminité assumée et rassurante). Ainsi, entre leurs rôles d'informatrice, d'influence et de soutien, les mères sont omniprésentes dans la vie des jeunes femmes, bien que ces dernières cherchent à les mettre à distance. Dans son entretien, Marie a longuement détaillé ses relations avec sa mère et comment le fait d'avoir « *un problème de contraception* » et de prendre la contraception d'urgence a pu avoir pour conséquence une redéfinition de soi.

Adhérant massivement à la norme contraceptive, ces jeunes femmes tendent à rappeler qu'elles connaissent la norme, qu'elles ont des connaissances en matière de contraception. Dans les récits de leurs pratiques, elles disent avoir cherché à respecter les règles contraceptives (préservatif, retrait, pilule) et pour la plupart l'utilisation de la contraception d'urgence est due à un problème de contraception et non à une absence de celle-ci (préservatif craqué, pilule oubliée, retrait mal géré ou calcul des dates erroné).

Elles souhaitent toutes montrer qu'elles ne s'écartent pas de la norme, ne veulent à aucun prix être considérées comme déviantes et mettent l'accent sur le fait de ne pas avoir eu de « *chance* ».

« En fait c'était un petit accident, pas un gros accident... parce que tu vois pour moi c'est important de faire l'amour avec des préservatifs. Il faut se protéger et ça j'en ai bien conscience. D'ailleurs, nous on a juste eu un accident finalement [le préservatif a craqué]. Mais bon moi je pense que c'est complètement différent si tu prends la pilule du lendemain parce que t'as rien mis et si tu la prends parce que t'as eu un problème. C'est différent. On va dire que dans ma situation, c'est quand même moins pire ! (...) Moi en fait j'ai pas eu de chance avec le préservatif... finalement c'est tout... Mais sur le moment c'est beaucoup trop déjà... Tu penses que c'est ta faute et c'est ta faute. C'est pas Dieu qu'est le responsable quand tu... (rires) avec ton copain. » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Celles qui ont oublié leur pilule ou accepté le retrait ont tendance à culpabiliser d'avoir eu le(s) rapport(s) sexuel(s) en question. Cette culpabilité de ne pas avoir « *su faire les choses bien* » se cumule avec celle de ne pas avoir su gérer seule sa contraception d'urgence. Elles endossent seules toute la responsabilité de l'échec contraceptif et de la situation (mettant bien souvent leur partenaire à distance (cf. chapitre 11)). Et c'est cette accumulation qui va contribuer à faire régresser les jeunes femmes au statut de « *petites filles* ». Elles pensaient avoir acquis une certaine autonomie vis-à-vis de leurs parents et surtout de leur mère, mais dès le premier problème contraceptif elles n'étaient « *finalement pas capable de [se] gérer [elles] mêmes* ».

« Une femme ça doit pouvoir gérer ses problèmes. Quand t'es une adulte t'as pas besoin d'aller pleurer dans les jupons de ta mère pour lui demander de l'aide et tout. Et moi ce jour-là j'étais tellement désemparée que j'ai pas pensé à autre chose que de courir vers ma mère. C'est nul. Je sais. Mais j'ai pensé à rien d'autre. Quand je m'en suis rendu compte, ça a été hyper violent pour moi... J'avais encore une laisse qui m'attachait à ma mère... Je pouvais pas encore faire sans elle, comme une petite fille... Oui à ce momen-là je suis redevenue une petite fille qui a besoin de sa mère. » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie).

Pour comprendre pourquoi pour Marie la contraception d'urgence a été comme une sorte de « *retour à la case départ* » et comment elle s'est sentie « *redevenir une petite fille* », nous devons nous attarder sur ses relations avec sa mère. Marie a vécu avec sa mère depuis le divorce de ses parents (elle avait alors 9 ans). Elles s'entendent bien selon elle, bien qu'elle trouve qu'elles sont parfois « *quand même un peu trop proches* ». Marie décrit le lien comme « *très fusionnel* », elles n'ont quasiment aucun secret l'une pour l'autre. Elle présente sa mère comme une « *soixante-huitarde super libérée* » qui n'a jamais eu de difficultés à lui parler de la puberté, de la contraception, du sida ou de la sexualité. Sa mère ayant elle-même vécu dans un univers où rien ne pouvait être dit (ses parents étaient catholiques pratiquants), elle cherche à ne pas

reproduire la situation avec sa fille, quitte à en dire parfois « *un peu trop* » (selon Marie).

Pendant les années collège, Marie était ravie que sa mère lui fasse partager ses « *histoires de mecs* », elle avait l’impression de grandir et d’être considérée comme une adulte et non plus comme une petite fille à qui l’on cache des choses. Vraie partenaire de discussion, son avis était important et ses questions toujours considérées comme sérieuses. Durant cette période, les garçons devenaient un sujet de plus en plus fréquent entre copines, d’où l’intérêt croissant de Marie pour les histoires de sa mère. La facilité que sa mère a eue de lui parler de ses relations amoureuses et sexuelles l’a incitée à en faire autant. Ainsi, elle a raconté ses premières histoires à sa mère sans aucune retenue (ou presque), lui parlant de ses sentiments comme de ses envies, et lui posant des questions plus ou moins précises, du fait de sa plus grande expérience relationnelle et sexuelle.

« Au début, je lui demandais des petits trucs (...) genre est-ce que ça fait mal... des trucs un peu classiques. J’aurais pu lui demander des trucs plus précis, je l’ai déjà fait... Mais c’était un peu plus tard... Mais je lui ai déjà demandé c’était quoi un 69 et une levrette ! » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Petit à petit, sa mère s’est mise à lui raconter des anecdotes sexuelles avec ses nouveaux partenaires. Intéressée dans un premier temps, Marie s’est ensuite éloignée petit à petit, se considérant suffisamment informée pour faire son propre « *bout de chemin* ». Lorsque sa mère s’est mise à lui raconter « *les performances sexuelles* » de son père, Marie a pris ses distances, gênée d’entendre parler de l’intimité sexuelle passée de ses parents.

« Tu vois ça fait bizarre d’entendre sa mère parler de... Le pire c’est quand elle commence à faire la comparaison avec mon père. Là quand même c’est dur ! (...) Et alors là franchement je lui ai dit “Mais c’est bon quoi !” » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Dans le même temps, ses connaissances sur les questions pratiques de base s’amélioreraient, et elle multipliait à la même période les histoires amoureuses. Par conséquent, Marie avait de moins en moins besoin des conseils de sa mère. La fréquence des conversations considérées comme « *trop intimes* », la multiplication d’histoires amoureuses et l’acquisition d’une certaine connaissance pratique ont contribué à ce que Marie diminue les occasions d’aborder ce type de conversations avec sa mère. Au cours de ses années lycéennes, Marie a établi petit à petit une distance entre elle et sa mère sur les sujets de discussions ayant trait aux relations sexuelles. Elle ne lui

racontait plus ses relations affectives et était « fière » de se prouver qu'elle pouvait se débrouiller sans sa mère. Elle était devenue maîtresse de sa vie affective et sexuelle, et capable de faire des choix sans retourner voir sa mère à la première occasion (elle préférait alors poser des questions à ses copines).

Bien qu'elle ait été « fière » de son autonomie et de sa capacité de « débrouillardise », cette période a pourtant été brève jusqu'à son premier accident contraceptif. À cette période, elle avait décidé de dire « le moins de choses possible » sur elle à sa mère : elle ne disait plus qui était son petit copain (ce qu'elle avait l'habitude de faire), ne lui présentait plus ses nouvelles copines (elles faisaient à présent partie de son monde), soulignant ainsi les limites de son territoire personnel, par ailleurs elle ne racontait plus le contenu de ses journées (seulement les détails anodins pour entretenir la conversation au dîner). Lorsqu'elle a eu son premier « accident » de préservatif, quelques temps après son premier rapport, elle n'a pu gérer la situation toute « seule », ne sachant comment faire face à ce problème (pas plus que son partenaire).

« Donc on fait nos affaires, on avait parlé avant il devait mettre un préservatif car je prenais pas la pilule... Donc à un moment il met le préservatif... ça se passe bien. Je pense qu'on était un peu gauche, quand même, on était jeunes, c'était au début. Enfin bon et donc on fait l'amour et à un moment je crois qu'on a senti qu'il y avait un truc bizarre... et à la fin on s'est rendu compte que le préservatif avait craqué. J'en souris aujourd'hui mais sur le moment j'en menais pas large. Donc ça a craqué et là j'ai flippé, j'ai eu peur. Comme dans les films, j'ai vu ma vie passer à toute allure... Moi 18 ans, un enfant, au lycée, la cata ! Mon mec il était paniqué aussi. Y en avait pas un pour rattraper l'autre... » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

La proximité de la mère de Marie s'explique d'autant mieux que la majorité des rapports sexuels de Marie se sont déroulés à son domicile ; sa mère acceptait que les garçons viennent chez elles et refusait que Marie aille chez eux (s'accordant ainsi un droit de regard sur les relations de sa fille). Devant une situation qui paraissait hors de contrôle, à l'un comme à l'autre, Marie et son petit ami se sont tournés vers l'adulte le plus accessible et le plus ouvert : la mère de Marie. Parce que ni l'un ni l'autre ne savait comment gérer un « craquage de capote » mais aussi parce qu'ils savaient tous deux que la mère de Marie était disponible, ils sont allés la voir dans l'intention d'avoir des « conseils raisonnés » de la part d'un adulte, anticipant le fait que les liens avec la mère de Marie n'en seraient pas altérés, d'autant plus qu'ils n'avaient pas dérogé aux règles prescrites.

« Elle m'a pas engueulée parce qu'il y avait une capote... même si elle a craqué ! Je sais pas si y avait pas eu de capote comment j'aurais raconté l'histoire. Je pense qu'elle aurait été déçue si y en avait pas eu mais elle m'aurait quand même aidée. Là je me suis pas posé la question... quelque part j'avais fait comme elle m'a dit. »
(Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Une fois informée, la mère de Marie a insisté sur les risques de grossesse et sur le sida, elle a demandé à sa fille de prendre la pilule du lendemain et de faire un test de dépistage trois mois après. Elle a ensuite conduit Marie et son petit ami chez une gynécologue, a payé la consultation et la contraception d'urgence. Cherchant à expliquer pourquoi elle avait fait appel à sa mère, Marie explique que la distance géographique entre son domicile et le gynécologue la contraignait à faire appel à un parent, *« c'était plus facile »*.

« Parce qu'on n'avait pas de voiture et qu'on était en banlieue (...) Là-bas on est loin de tout et vu qu'il faut aller vite pour la pilule du lendemain, c'était plus facile. » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Quelque temps après, avec un autre partenaire, elle a eu à nouveau un problème de préservatif, et a eu le même réflexe : en parler à sa mère, car même si elle savait plus ou moins quoi faire (où, quand et comment prendre la contraception d'urgence), elle avait besoin d'en parler pour se rassurer. Le lien mère-fille préexistant à ces *« accidents »* a permis à Marie de se confier à sa mère sans retenue. La troisième fois Marie a eu recours à la contraception d'urgence suite à un rapport non protégé, à une période où elle avait *« retrouvé un de [ses] ex »*. À la suite de ce rapport, elle a d'abord pensé pouvoir gérer seule la situation mais en a finalement parlé à sa mère, *« une fois de plus »*.

« Vu que ça m'était déjà arrivé, bah j'avais pas eu besoin de lui dire (...) Et finalement j'ai pas réussi à garder ça pour moi. Il fallait que je lui dise et ça m'a fait du bien (...). J'ai vachement hésité, parce qu'il y avait pas de capote et je savais qu'elle allait pas être contente. » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

L'absence de contraception au moment du rapport l'a fait hésiter (sa mère étant *« obsédée par le sida »*), elle savait qu'elle l'inquiéterait en lui disant qu'elle avait des rapports non protégés. Cette troisième contraception d'urgence a eu lieu quand Marie cherchait à convaincre sa mère de la laisser habiter seule à Paris. Alors que tous les moyens étaient bons pour lui montrer qu'elle savait gérer sa vie et assurer son autonomie (tout en restant dépendante financièrement), en lui confiant son rapport non protégé, elle amenait *« le bâton pour se faire battre »* : elle était *« moins grande »* qu'elle ne le prétendait, ce que sa mère n'a pas oublié de lui faire remarquer. Elle aurait

pourtant pu garder pour elle cet événement puisqu'elle disposait déjà de la contraception d'urgence (elle en avait une plaquette d'avance), mais elle se refusait à cacher des choses à sa mère ; son père quant à lui n'en a jamais été informé. La troisième prise de contraception d'urgence l'a amenée à douter d'elle, de sa capacité à gérer ses affaires personnelles et sa contraception. Plus largement, cela a été l'occasion de remettre en question son désir d'autonomie et sa volonté d'habiter seule à Paris puisque dès qu'un problème émergeait elle avait encore besoin de sa mère pour le résoudre.

La mère de Marie a été très présente dans l'apprentissage (puis l'accompagnement) de la sexualité, de la prévention des grossesses et des IST. À la fin du collège, Marie connaissait les principales méthodes de contraception, était informée sur le sida et sur quelques autres IST. « Dans les familles où l'on entend parler de sexualité, les attitudes sont en général plus libérales. La parole va de paire avec des pratiques plus libres qui peuvent accroître relativement une gestion prudente de la sexualité » (Mossuz-Lavau, 2001, p. 158). Se considérant suffisamment « armée » pour les premières fois, elle n'a pourtant pas adopté tout de suite une méthode contraceptive personnelle et utilisait le préservatif avec ses partenaires. Lorsqu'elle a eu besoin de la contraception d'urgence, trois fois, cela a pris une forme d'épreuve. « Épreuve » dans sa relation avec sa mère, « épreuve » par rapport à elle-même. Son partenaire était présent même si « pas très efficace tellement il a eu peur ». Alors qu'elle cherchait à prouver à sa mère qu'elle était capable de vivre seule, d'avoir une « vie sans elle », et qu'elle pouvait avoir des relations amoureuses et des rapports sexuels et en gérer les conséquences, la contraception d'urgence lui rappelait qu'elle n'avait pas véritablement atteint ses objectifs. Se considérant comme incapable de surmonter des échecs de contraception (et une absence de contraception/protection), elle s'est contrainte à reconnaître qu'elle n'était pas celle qu'elle prétendait être : elle était encore la fille de sa mère, qui avait besoin de se faire encore accompagner.

« Pour moi c'était comme si, à chaque fois que je cherchais à prouver à ma mère que je pouvais vivre sans elle, y avait quelque chose qui faisait que c'était pas possible... Que j'étais encore une espèce de petite fille à sa mère, que j'étais pas capable de me débrouiller toute seule. C'était très chiant. (...) À chaque fois je redevais une petite fille... Alors que je voulais être une femme. » (Marie, 22 ans, étudiante en maîtrise de psychologie)

Cette image de « petite fille » que se colle Marie est en contradiction avec tout ce à quoi elle aspire : autonomie vis-à-vis de sa mère, indépendance résidentielle, vie de couple...

et c'est en cela que ses « *accidents* » contraceptifs et ses utilisations de la contraception d'urgence ont eu pour conséquence qu'elle se dévalorise. Chaque problème contraceptif la « *rabaisait* » et elle n'avait plus confiance en elle ; sa mère, qui ne voulait pas qu'elle quitte le domicile familial, lui faisait remarquer par de petites réflexions qu'elle n'était pas encore celle qu'elle prétendait être ; en d'autres termes qu'elle était moins une adulte qu'une adolescente (Marie adhère pour une part à ces considérations). On voit ainsi comment l'évaluation de la responsabilité du jeune revient à légitimer le prolongement de la surveillance parentale dont ce dernier fait l'objet. C'est le départ de chez sa mère qui a donné à Marie l'occasion d'améliorer l'image qu'elle avait d'elle-même. Vivre seule à Paris a accéléré la nécessité de gérer seule sa contraception. Peu de temps après son arrivée dans la capitale, elle a pris rendez-vous chez le gynécologue. Elle prend à présent la pilule consciencieusement et n'a pas repris la contraception d'urgence depuis (pour ne pas oublier sa pilule, son téléphone portable sonne tous les soirs à 23h, elle la prend toujours après s'être brossé les dents, et « *au cas où, il y en a toujours une dans mon sac de tous les jours* »).

Ce que décrivent les autres jeunes femmes enquêtées est très proche du récit de Marie et se résume dans l'expression « *redevenir petite fille* ». Alors qu'elles cherchent à gérer seules toujours plus de domaines de leur vie, elles se disent comme « *vexées* » de n'avoir pu agir « *comme une grande* », sans aide. Cela met en évidence la dépendance affective dans laquelle se trouvent certaines jeunes femmes avec leur mère, et souligne l'importance de la relation mère-fille dans la construction identitaire et dans la construction en tant que femme.

« Donc c'était le matin : « Maman, maman, faut que tu prennes la voiture et que tu m'emmènes à la ville » en plus ma mère ne conduit pas, elle a le permis mais elle conduit pas... et donc mon père veut pas lui prêter la voiture forcément. Et je voyais pas mon père genre « papa, papa, emmène-moi acheter la pilule du lendemain ». donc j'ai appelé ma mère et bon elle a conduit. » (Myriam, 18 ans, lycéenne)

Comme le dit Myriam, il est impossible d'aller chercher son père pour résoudre un problème de contraception, d'abord parce que c'est un homme (donc du sexe opposé), qui est son père de surcroît (elle préfère éviter que son père s'imagine sa vie sexuelle). La contraception d'urgence est donc bien pour ces jeunes femmes une « affaire de femmes », de laquelle il faut écarter les hommes (partenaires, pères) puisqu'ils ne « *peuvent pas savoir* ». Ressort ici la distinction biologique des sexes.

Pour ces jeunes femmes, les recours à la contraception d'urgence induisent un travail personnel sur le rapport à soi et le rapport à autrui pour reconquérir une image

satisfaisante d’elles-mêmes. L’occasion d’une autre prise de la contraception d’urgence ou encore le moment de l’adoption d’une méthode contraceptive personnelle peuvent être des moments propices à cette revalorisation.

*Être « complètement folle »*³

À d’autres jeunes femmes, d’autres recours à la contraception d’urgence vécus comme une « épreuve ». On s’attache là aux jeunes femmes qui ont utilisé la contraception d’urgence de façon répétée. Les voilà face à l’image de « l’inconsciente » associée aux jeunes femmes qui ont des rapports sexuels sans protection ni contraception au détriment de leur santé, de leur corps. Les discours qu’elles citent venant des pairs, des parents, des médias ou des soignants sont violents à leur égard.

« Tu vois quand t’entends toujours le même truc de la part de tes copines ou des pharmaciens... si si des pharmaciens je te promets. T’entends souvent que ouais les filles qui la prennent plusieurs fois [la contraception d’urgence] c’est des putes... enfin c’est des filles faciles qui ne pensent qu’à ça [à avoir des rapports sexuels]. Ou genre “ouais y a des filles qui la prennent comme des bonbons c’est fou vu le monde dans lequel on est... y a d’autres moyens et tout“ bah tu peux pas trop dire après que toi tu l’as prise plusieurs fois... non tu peux pas ! » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Ces propos prennent beaucoup d’importance dans la manière de coder cette méthode comme « épreuve ». Nous illustrerons cette typologie avec le récit de Wahmia. Issue d’un milieu populaire, elle a grandi dans une famille où la sexualité et la contraception étaient inabordables : « *il ne fallait pas en parler, comme si ça n’existait pas* ». Elle considère ses parents comme « fermés » sur le sujet « *parce qu’ils sont musulmans et chez nous, on parle pas de ça* » explique-t-elle. Elle a eu connaissance de l’essentiel sur le fonctionnement du corps et de la sexualité au travers de ses copines, des magazines et Internet. Elle se dit « *plutôt bien informée* ». Les campagnes d’information et de prévention favorisent toujours une participation active des parents dans le domaine de la sexualité et de la contraception, mais les obstacles sont sous-estimés. Au-delà des réticences personnelles des uns et des autres à se parler, il faut se référer aux relations conflictuelles qu’entretiennent certaines jeunes femmes avec leurs parents, et avec leurs mères en particulier. Ces conflits ne peuvent permettre la diffusion d’une information claire sur la sexualité dans la mesure où les parents ne sont pas neutres devant les

³ Toutes les jeunes femmes n’utilisent pas le mot « folles » pour parler d’elles, toutefois on retrouve des synonymes liés à l’irresponsabilité, à l’ignorance consciente, au fait d’avoir été « déraisonnables ». Nous nous permettons de conserver l’expression « folle » car nous avons repéré ce verbatim dans plusieurs entretiens et qu’il résume bien les situations décrites.

options possibles (Mossuz-Lavau, 2001), comme dans le cas de Whamia par exemple. Elle a quitté le domicile familial à 20 ans suite à une violente dispute sur sa « *manière de gérer sa vie* » et « *ses relations amoureuses* », ses parents étant opposés au fait qu'elle fréquente des hommes avant son mariage. Comme les autres jeunes femmes dans ce cas, Wahmia accorde une grande importance aux soins et à la bonne santé et elle répète à plusieurs reprises le dicton « un esprit sain dans un corps sain ». Mais ses recours à la contraception d'urgence et son avortement contribuent à mettre à distance l'image de la femme saine dans son corps et autonome dans sa contraception qu'elle valorise.

« C'est des choses que j'essaye de zapper au maximum, dans ma tête pour mon bien-être et tout. J'essaye de zapper tout ça au max... Comme ça c'est réglé et tout... » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Ainsi, bien qu'elle ait accepté l'entretien, Wahmia cherche à « *zapper* » ses utilisations de la contraception d'urgence. Elle l'a prise trois ou quatre fois (elle hésite), ce qui fait qu'elle ne peut guère « *se cacher* » derrière « *l'accident* » qui est supposé n'arriver qu'une seule fois ; et c'est précisément ce qui l'amène à se dire « *folle* ». Elle a alors douté de sa capacité à veiller sur sa santé : elle n'a pas su prendre soin d'elle comme elle aurait dû. En effet, dans l'imaginaire commun, si la femme est attachée aux rôles de soins et de soignante (*care*), elle doit être également en mesure de pouvoir répondre de sa santé. Dans les propos de Wahmia, on comprend qu'une femme « doit » anticiper ses relations « *pour que tout se passe bien* », en d'autres termes, c'est à elle que revient la responsabilité de la santé des deux partenaires.

« Si on dit toujours qu'une fille c'est plus consciente qu'un garçon, c'est ça en fait. Nous on a bien plus conscience des risques quand on a un rapport sexuel. Les garçons ils pensent toujours qu'ils sont protégés. Toujours. C'est un peu comme si les garçons c'était pas grave s'ils avaient des rapports sexuels sans rien... Nous non. C'est peut-être parce que... ils tombent pas enceintes alors ça doit un peu expliquer ça. Pour le sida, vu que les filles l'attrapent plus facilement, bah voilà... Nous on doit penser à tout. Tout. Le sida, les maladies, la contraception, l'avortement tout c'est notre responsabilité. Alors quand tu te retrouves à prendre la pilule du lendemain, à avorter, ou à avoir une maladie... c'est que t'as déconné quelque part. Oui t'as déconné. T'as pas fait attention... Bah c'est quelque part une preuve que t'es pas encore adulte... Le seul truc qui peut te remonter le moral c'est te débrouiller toute seule... et encore... tout le monde te rappelle que t'es folle d'avoir pris des risques. Moi on m'a dit que j'étais folle... Eh bah tu t'en vantes pas de tout ça... De tous tes problèmes. Parce que quand même, ça change l'image que les gens ont de toi... et ça c'est dur. » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

L'inégalité des attentes entre les hommes et les femmes est criante selon les jeunes femmes, puisque c'est à elles que revient le devoir de s'occuper de la santé du couple (surtout lorsque ce sont des « *histoires durables* »). En effet, l'attention portée au corps,

la responsabilité de sa santé (et de celle du partenaire) sont des qualités invoquées par les enquêtées et font partie des attributs de la féminité. Lorsqu'elles ont délégué temporairement la responsabilité contraceptive à leur partenaire (comme dans la pratique du retrait), elles considèrent que ce n'est pas de leur « *faute* » si elles ont à prendre la contraception d'urgence et se disent « *punie d'avoir fait confiance* » à leur petit ami. Ce qui ne les empêche pas de culpabiliser car la situation était sous leur responsabilité. Le fait d'avoir pris trois ou quatre fois la contraception d'urgence (elle ne sait plus), est « *une folie* » que Wahmia ne se pardonne pas, surtout si elle n'arrive pas à avoir d'enfants ensuite ; comme les autres jeunes femmes qui se considèrent « *folles* », elle pense que la contraception d'urgence a des conséquences sur la fertilité des femmes. On peut se demander à quel point la mise en cause de sa fertilité n'est pas une mise en cause de sa féminité. Est-ce que ce n'est pas le risque d'être stérile qui amène les jeunes femmes à se dire « *folles* » ? Wahmia dit qu'elle a longtemps été « *incapable* » de prendre en main sa santé, sa contraception, ce qu'il l'a amenée à avorter, « *ça a été la goutte d'eau* » dit-elle.

La culpabilité de prendre la contraception d'urgence est d'autant plus forte chez les jeunes femmes convaincues que « *c'est une forme d'avortement* », de « *mini-avortement* » (par assimilation au RU486®, ou en raison des effets secondaires (saignements)) ; il est alors d'autant plus difficile d'assumer plusieurs prises de contraception d'urgence. Plus les jeunes femmes pensent que la contraception d'urgence est une forme d'avortement, plus il semble qu'elles aient du mal à accepter le fait de l'avoir prise plusieurs fois, comme si elles avaient avorté plusieurs fois. Elles s'attribuent alors les stigmates que l'on donnait aux récidivistes (Novaes, 1982).

« Quand j'ai eu ces rapports sexuels... Je savais bien que je pouvais attraper des maladies et tout et pourtant j'ai rien fait ! C'était n'importe quoi ! (...) Utiliser la pilule du lendemain quatre fois c'est important déjà... bah ça m'a pas suffi. J'aurais été normale, j'aurais pris la pilule et voilà j'aurais jamais eu à faire ce que je viens de faire [elle a avorté la semaine précédant l'entretien]... Je te jure ! Pfff... Je regrette... C'est pour ça que j'ai besoin de zapper tout ça. (...) Je pense que ça [l'avortement] c'est le point le plus bas, maintenant ça peut que remonter. J'ai honte d'avoir été jusque là, maintenant j'ai un implant... ça va aller j'espère »
(Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Pour Wahmia, le sort est rompu, après avoir pris trois ou quatre fois la contraception d'urgence et après avoir avorté une fois, elle s'est fait poser un implant contraceptif dont elle n'a pas à se préoccuper. Son soulagement « *ça va aller j'espère* », souligne combien la contraception est une responsabilité personnelle dans la mesure où les jeunes femmes doivent (et c'est bien une obligation) prendre leurs précautions

personnelles avant (ou pendant) un rapport sexuel. C’est également une responsabilité sociale puisque les jeunes femmes ne doivent pas être confrontées à une grossesse non prévue. Cette double responsabilité peut conduire les jeunes femmes à avoir un jugement très négatif sur leur biographie sexuelle et contraceptive et avoir des conséquences sur leur biographie affective (amener à une rupture du lien amoureux lorsque le préservatif pourtant négocié n’a pas été utilisé par exemple).

Les discours des jeunes femmes qui se disent « *folles* » sont marqués par une vision négative et condamnatrice qu’elles ont d’elles-mêmes et de leurs pratiques. Leur jugement sera d’autant plus marqué qu’elles sont informées sur la contraception, le sida, la sexualité. L’écart entre ce qu’elles savent (ou croient savoir) et ce qu’elles font est alors énorme, ce qui explique le jugement péjoratif qu’elles portent sur elles-mêmes.

« J’aurais pu en mourir de tout ça. Mes parents s’ils savent ça déjà ils me tuent. Oui pour eux l’avortement c’est un meurtre et bon déjà qu’ils ont voulu me répudier une fois parce que j’avais dormi chez un garçon, enfin pas répudier mais ils voulaient plus me reconnaître, alors j’imagine pas s’ils savent que leur fille est une meurtrière. Surtout mon père. Ça il pourra pas comprendre. (...) Oui et puis j’aurais pu avoir le sida aussi quand j’y réfléchis. J’y pensais pas sur le moment, mais maintenant... Si. Parce que j’ai jamais vérifié si mes partenaires ils avaient quelque chose. Moi j’ai fait un test pour mon avortement, j’avoue j’ai eu peur, c’était peut-être débile mais j’ai eu peur. Et puis, finalement ouf j’ai rien eu. Parce que là, quand tu viens d’avorter et que t’apprends que t’as le sida, je sais pas comment tu réagis. Déjà un avortement c’est dur alors là... » (Wahmia, 23 ans, vendeuse)

Les jeunes femmes qui se disent « *folles* » s’opposent aux « *sérieuses* » dont elles font l’éloge, qui n’ont pas eu de rapports non protégés, qui n’ont pas eu à prendre la contraception d’urgence, et encore moins à plusieurs reprises. Une fille « *sérieuse* » peut avoir besoin une fois de la contraception d’urgence lorsque le préservatif « *craque* », selon Wahmia ; mais c’est lorsque la situation se répète, et que « *les filles [...] n’utilisent rien* », que les pratiques sexuelles sont perçues comme peu raisonnables et/ou raisonnées. Puisque les jeunes femmes se comparent aux autres membres de leur groupe de pairs, à lire des récits de vie dans les magazines, elles ont l’impression d’être déviantes par rapport à leurs copines, qui bien souvent ne disent pas combien de fois elles ont pris la contraception d’urgence (ce qui laisse imaginer qu’elles l’ont peu prise). Wahmia distingue sa situation de celle des « *filles bien* » qui contrairement à elle ont su gérer leur contraception et « *n’ont pas fait n’importe quoi* ». Au-delà des enjeux sanitaires, les recours à la contraception d’urgence mettent en lumière les tensions entre les jeunes femmes et leurs parents. Si elles ne sont pas censées utiliser « plusieurs fois » le Norlevo®, c’est parce qu’elles estiment qu’elles doivent être en mesure de prendre en

main leur contraception et plus largement leur sexualité, comme le font leurs copines et ce, malgré le refus de leurs parents de reconnaître qu'elles ont droit à une sexualité active. Or, avoir une sexualité « *en cachette* » des parents n'aide pas les jeunes femmes à observer une contraception personnelle efficace, bien au contraire. Rester en bonne santé et prendre soin de soi paraît d'autant plus difficile pour celles qui ne sont pas censées avoir de relations sexuelles. L'accès aux lieux de soins leur semble plus limité par exemple. Lorsque les jeunes femmes revendiquent le droit d'avoir une intimité et une gestion personnelle de leur « monde », le contrôle parental les freine. Avoir une vie sexuelle « *cachée* » semble en effet favoriser une contraception liée à l'acte, celle-ci étant davantage susceptible d'être modifiée selon les partenaires ou les types de relations.

Les figures des jeunes femmes qui « *redeviennent petites filles* » et de celles qui pensent qu'elles sont (ont été) « *folles* » (parce qu'elles ont « *trop joué avec le feu* ») aident à comprendre la difficulté pour les jeunes femmes de connaître la règle et de ne pas s'y conformer ; puisque comme l'a montré Erving Goffman (1975 [1963]) il y a bien une différence entre le fait d'appliquer une norme et se contenter de la soutenir. Nous verrons qui sont les « *conseillères* », et pourquoi, pour elles aussi, la contraception d'urgence constitue une épreuve plutôt qu'une expérience.

« *Faites ce que je dis, pas ce que je fais* »

Les « *conseillères* » sont des jeunes femmes qui ont joué (ou jouent encore) le rôle d'écoute, d'aide, de soutien mais aussi d'informatrices à l'égard de leurs amies. Elles ont bien souvent dicté les règles de bonne conduite, ont véhiculé les normes valorisées par la société au sein du groupe de pairs (dont les normes contraceptives et protectrices). Elles ne contestent pas les divers messages préventifs, bien au contraire, on retrouve dans leurs propos un certain conformisme social ; elles cèdent aux messages de prévention ou aux pressions provenant des groupes sociaux auxquels elles appartiennent et s'en font l'écho. Parce qu'un jour elles se trouvent dans la position de celles à qui elles ont prodigué leurs conseils pendant longtemps, elles considèrent la contraception d'urgence comme un test. Fanny illustre bien ce que sont les *conseillères* et ce à quoi elles se trouvent confrontées une fois qu'elles ont besoin de gérer un rapport non ou mal protégé. Fanny a été la « *conscience collective* » de son groupe de copines, elle qui écoutait les histoires amoureuses et sexuelles de ses copines et les conseillait, grâce à

ses lectures de magazines, sur les méthodes de contraception. Dans le groupe de copines, c’est elle qui insistait sur l’importance d’appartenir à la « Génération Sida » et sur l’importance du préservatif.

« Le sida c’est un problème de notre génération. Y a pas de soins. C’est pas un truc avec lequel on peut rigoler, non. J’ai pas arrêté de dire ça à mes copines, comme quoi le préservatif c’était important. Fallait toujours le mettre. On est jamais à l’abri de rien. Tu vois tout ça j’ai pas arrêté de leur dire. Parce que nous, en tant que Génération Sida, on peut pas dire qu’on n’a pas été informés » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Fanny est longtemps restée « *la conseillère de [ses] copines* » car elle n’avait pas une vie amoureuse et sexuelle à la hauteur de celle de ses amies⁴. Elle ne l’a pas vécu comme un « poids » dans la mesure où elle bénéficiait de leurs expériences, de leurs récits. Le début de sa biographie sexuelle a donc été marqué par son rôle « *d’experte théorique* », sans expérience au sein du groupe de pairs.

« Mais ce qui est vraiment risible c’est que pendant des années j’ai été la conscience collective de la bande de copines. Celle qui tuait tout le monde genre « Quoi ? Même une fellation sans capote c’est grave ! » et tout ! Et que j’ai pas beaucoup plus assuré. Sauf que comme je suis très très consciente de ces trucs-là » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

En tant que « *conscience collective* », elle était le garde-fou du groupe et rappelait la règle à chaque écart d’un des membres, faisant la morale quand ça lui semblait nécessaire. Lorsqu’elle a eu sa première fois, toutes ses copines l’ont félicitée d’être « *comme elles* ». Elle réaffirmait ainsi son appartenance au groupe de filles, au groupe de celles « qui l’ont fait ». Cependant, si Fanny réussissait à imposer les normes sanitaires à ses copines, elle a eu du mal à être aussi exigeante avec elle-même, « *J’ai pas beaucoup assuré* » dit-elle. Au fur et à mesure de l’entretien, elle raconte que finalement elle n’a utilisé qu’une seule fois un préservatif, avec son premier partenaire. Durant tous les autres rapports sexuels, ils pratiquaient le retrait ou elle prenait la pilule. Parfois, ils n’utilisaient rien. L’exposition au sida, grande préoccupation de Fanny, a donc été plus fréquente qu’elle n’aimerait le laisser entendre. Elle n’a pas suivi les pratiques qu’elle valorisait aux yeux de ses copines. Ces dernières l’ont sévèrement accueillie lorsqu’elles l’ont appris.

⁴ Fanny a échangé son premier baiser à 17 ans et son premier rapport à 20 ans, ses copines avaient eu leur premier baiser à 13 ans et leur premier rapport à 16 ans.

« Je l'ai raconté tout de suite à mes copines, et je me suis fait tuer ! Elles m'ont dit « Quoi, tu te fous de notre gueule ? Qu'est ce que tu nous a fait chier et tout ». Mais surtout celles qui étaient sur place étaient très étonnées : Ah bon, toi tu as couché avec lui, toi Fanny ? Parce que c'est pas du tout mon style. Et elles m'ont dit que j'avais déconné... (...) en fait l'autre mec avec qui j'ai couché, j'ai pas non plus mis de capotes... (rires... gêne)... Mal ! Très maaaaal !! » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Quand le groupe de copines a appris que Fanny n'avait utilisé qu'une seule fois le préservatif, elles l'ont réprimandée, mais elles ont aussi changé le regard qu'elles portaient sur elle. Fanny était pour le groupe une figure de la « réussite », sorte de « voix de la sagesse », d'« exemple à suivre » tellement elle semblait vigilante. Mais le récit de ses pratiques a remis en cause son statut au sein du groupe. Tout s'est alors déroulé comme si celle qui conseillait, critiquait, blâmait quand il le fallait et faisait la morale à ses copines n'avait pas droit à l'écart dans sa propre vie amoureuse. Parce que ce n'était pas « son style » de coucher un soir avec un garçon qu'elle ne connaissait pas, parce que ce n'était pas concevable pour ses copines qu'elle ait un rapport sans préservatif, sans rien que ces dernières ont été surprises. En racontant ses aventures, Fanny supprimait le modèle de la fille « parfaite », renvoyant ses copines à d'autres modèles moins valorisés et moins proches. Ceci a déstabilisé le groupe pendant quelque temps et explique d'autant mieux pourquoi Fanny a dit, bien après sa rencontre avec la contraception d'urgence, qu'elle avait pris aussi la « trithérapie d'urgence⁵ ». Même si elle se pensait « très consciente », puisque suite au rapport « sans rien » elle a pris la contraception d'urgence et la « trithérapie d'urgence » (elle ne connaissait pas son deuxième partenaire), ses copines lui ont fait comprendre qu'elle n'avait pas été « si consciente que ça ».

En révélant ses aventures sexuelles, Fanny a dû affronter l'image qu'elle donnait d'elle à ses copines : une jeune femme sérieuse, qui fait attention à ses ami(e)s et à sa santé et à celle de ses partenaires et en plus qui était prévoyante (elle a pris la pilule avant d'avoir des rapports, car ça allait bientôt arriver).

⁵ Rappelons que ce qu'elle appelle la « trithérapie d'urgence » est le traitement post-exposition au VIH. Ce traitement d'urgence permet de diminuer le risque d'être contaminé. Il doit être commencé dans les heures qui suivent l'exposition, et au plus tard dans les 48 heures. C'est une multithérapie - d'une durée de 4 semaines - qui ne peut être prescrite que dans le service des urgences des hôpitaux, par le médecin référant pour la prise en charge des expositions au VIH.

« Ça a été une claque pour moi de voir comment elles m’imaginaient. Je sais pas c’était un peu comme si j’étais Marie la vierge de la bande. Et que d’un coup bah je devenais une fille normale. Tu te rends compte ? Et moi j’avais pas conscience d’être autant un modèle pour elles. Et d’un coup je me suis tout pris dans la gueule. Prendre la pilule du lendemain, prendre la trithérapie d’urgence, et prendre dans la gueule que j’étais pas celle que j’étais censée être. Du coup ça a été encore plus lourd à vivre. » (Fanny, 24 ans, étudiante en licence de musique)

Dans le cas des « *conseillères* » comme Fanny, c’est davantage le regard des autres, des proches, qui inflige une vision négative. L’image renvoyée par les membres de l’entourage (ses copines), déçus de l’attitude de celle qui était l’exemple à suivre, a un impact sur la construction identitaire de Fanny. Elle revient ainsi à plusieurs reprises sur le poids que confère le rôle de *conscience collective* du groupe qui exige qu’elle n’ait pas le droit à un écart. La contraception d’urgence l’a à la fois libérée de ce statut, mais l’a aussi fait tomber du piédestal sur lequel ses amies l’avaient élevée. Fanny a dû reconnaître qu’elle n’était pas plus un exemple que les autres, et qu’elle n’avait pas de pratiques « mieux » que celles de ses copines.

Après la contraception d’urgence, les « *conseillères* » ne peuvent plus, comme auparavant, faire de remarques sur les pratiques sexuelles de leurs copines dans la mesure où les normes morales qu’elles relayaient prescrivent aux individus de se soucier de leur propre santé, de leur propre équilibre, de se protéger des IST, de toujours avoir une protection personnelle lors des rapports sexuels ; ce qui dorénavant s’impose aussi à elles. Elles doivent faire face au décalage entre l’image rêvée de leur sexualité (et de leur contraception) et sa réalité. Pour les « *conseillères* », la difficulté est de réussir à gérer la perte d’un statut privilégié dans le groupe et l’affaiblissement d’une contrainte pesant lourdement sur leurs conduites. Sensibles aux prescriptions véhiculées par la société, c’est aussi le fait d’avoir eu des rapports non ou mal protégés qui peut amener « *les conseillères* » à remettre en cause leur place dans le groupe, et les membres du groupe à en faire autant.

Les notions d’autonomie et de responsabilité (au sens d’être responsable de ses actes) sont primordiales pour comprendre comment la contraception d’urgence peut amener les jeunes femmes à vivre une baisse de l’estime de soi. Essentielles dans le vécu et la pratique d’une sexualité satisfaisante, l’autonomie et la responsabilité face aux méthodes contraceptives sont valorisées, mais *a contrario*, soulignent en cas de manquement les fragilités de ce qu’on croyait « acquis ». En effet, « être responsable de soi, c’est créer son identité propre, prendre position, développer sa réflexivité et les

choix de vie deviennent en quelque sorte des repères affirmés du devenir que chaque individu s'est choisi » (Charbonneau, Estèbe, 2001, p.7). L'autonomie et la responsabilité sont recherchées et très valorisées par les enquêtées, mais lorsqu'elles font défaut, alors les jeunes femmes peuvent aller jusqu'à « redevenir petites filles » et remettre en cause leur vie sexuelle. Les débuts de l'âge adulte sont un moment particulièrement exigeant, les individus sont placés devant des choix et des réponses qui se multiplient. Le fait qu'aujourd'hui les individus soient considérés comme les premiers responsables de leur santé, on comprend mieux comment le recours à la contraception d'urgence peut contribuer à modifier une certaine image de soi-même. Nous avons vu (chapitres 7 et 8), que la plupart des jeunes femmes interrogées connaissent les normes de la bonne contraception (parfois avant d'en avoir besoin) et lorsqu'elles se trouvent à devoir prendre la contraception d'urgence, l'écart à la règle peut être d'autant plus mal perçu qu'elles ne s'y étaient pas préparées au moment même où elles revendiquent une autonomie croissante de leur sphère privée. On constate que le contrôle des conduites sexuelles de la femme s'est déplacé, en passant d'une responsabilité collective à une responsabilité intériorisée par les individus (Schiltz, Jaspard, 2003). Les jeunes femmes sont ainsi seules responsables de leur vie sexuelle (choix des partenaires, nombre de partenaires, choix de la contraception, de la protection...). La contraception d'urgence met à jour des défaillances contraceptives qui ramènent les jeunes femmes dans leur identité de « petites filles » dont elles cherchent pourtant à se séparer. Lorsqu'elles y ont recours plusieurs fois, elles disent rétrospectivement avoir été « folles » de ne pas avoir fait plus attention, de s'être exposées autant à un risque de grossesse ou d'IST, et de stérilité (par une sur-utilisation du produit). Enfin, une partie des jeunes femmes qui bénéficiaient d'une aura particulière dans leur groupe d'amies mettent leur place en jeu lorsqu'elles admettent (ouvertement) avoir fait un écart à la règle et avoir pris la contraception d'urgence.

Pour ces jeunes femmes, le problème de contraception les amène à questionner plus largement leur vie personnelle. C'est le signe, selon certaines, qu'elles n'étaient pas encore « complètement capables » de gérer leur monde ou d'être « raisonnables » dans leurs envies (pour celles qui ont eu des rapports *sans rien*) puisqu'elles n'ont pas réussi à avoir une protection personnelle satisfaisante pendant leurs rapports sexuels. Pour elles, prendre la contraception d'urgence n'a pas été une preuve de responsabilité mais plutôt un signe d'immaturité les ramenant à une dimension identitaire qu'elles cherchent à quitter (Singly, 2006). Si finalement elles considèrent avoir « bien fait de la

prendre », elles ne se « *pardonnent pas* » d’avoir eu besoin de la prendre plusieurs fois, et/ou d’avoir eu plusieurs rapports *sans rien*, informées des méthodes disponibles et ayant les moyens de les utiliser. Enfin, ces jeunes femmes considèrent que leurs recours à la contraception d’urgence ont été des « *épreuves* » dans la mesure où cela a constitué un temps fort de leur biographie contraceptive et sexuelle, dont l’issue n’était pas connue d’avance, ces jeunes femmes n’étant pas toujours convaincues de l’efficacité de la contraception d’urgence (soit par manque de connaissance, soit par manque de conviction). Elles ont donc plus que les autres imaginé les suites d’une grossesse non prévue, se posant concrètement la question des suites à donner à une grossesse non désirée et envisageant pour beaucoup l’avortement. Si finalement au moment de l’entretien elles ont toutes réussi à surmonter cette *épreuve*, cela a marqué leur biographie contraceptive, et leur biographie en général.

2. SAVOIR GERER SES « EXPERIENCES »

Toutes les jeunes femmes rencontrées n’ont pas vécu ni interprété la contraception d’urgence comme une épreuve. Si cela a été un événement personnel, certaines en parlent comme d’une « *expérience* » symbolisant à la fois la jeunesse et une vie sexuelle active. Leurs propos sont alors plus positifs que dans le cas des précédentes ; la contraception d’urgence leur a permis de conforter leur désir d’autonomie, de valoriser leur sexualité et d’affirmer leur appartenance de genre. Deux figures pourront ainsi être distinguées : celles qui ont su se « *débrouiller* » et celles qui se sont senties « *plus femmes* ». Pour les premières, les « *débrouillardes* », la contraception d’urgence « *n’a pas eu de conséquences* ». Sans effets secondaires (d’après leurs critères personnels) , elles rapprochent cette méthode de secours de la contraception quotidienne plutôt que de l’avortement. Avoir recours à la contraception d’urgence est alors une manière d’illustrer leur désir de devenir autonome, et d’apprendre à décider pour elles. Pour les secondes, « *plus femmes* », cette expérience est reconstruite comme plutôt positive car elle leur a offert l’occasion de se sentir et de se dire *femmes*. Ni pour les unes ni pour les autres, la contraception d’urgence n’a mis à l’épreuve ni l’image qu’elles avaient d’elles-mêmes, ni leurs relations aux autres. S’il s’agit d’une « *expérience* » (au sens d’un événement vécu), c’est qu’elle fait partie de leur biographie contraceptive au même titre que d’autres méthodes (comme le retrait). Cette seconde typologie permettra de saisir comment les rapports non ou mal protégés ainsi que le recours à la

contraception d'urgence peuvent contribuer à se redéfinir soi-même, de façon valorisante cette fois.

« *Se débrouiller* »

Les « *débrouillardes* » sont des jeunes femmes qui ont su faire face seules (ou avec leur partenaire), à un rapport sexuel non ou insuffisamment protégé. Estimant que la santé est un domaine personnel, le recours à la contraception d'urgence leur permet d'accroître leur sentiment de responsabilité et d'autonomie. La protection de leur santé, conçue sur le mode de la propriété privée, et dépendant de leur libre-arbitre, relève de leur propre responsabilité. En ne faisant pas appel à leurs parents, elles se prouvent et prouvent aux autres leur capacité à assumer leurs responsabilités, leur sexualité. La prise d'autonomie des jeunes femmes s'illustre par un repositionnement à l'égard des parents, une redéfinition des liens. Le terme de responsabilité sous-entend la prise en charge de certains devoirs ou de certaines compétences. Ainsi, utiliser la contraception d'urgence c'est faire « *preuve de responsabilité* » dans la mesure où il s'agit de maîtriser un problème d'importance capitale. Elles estiment que la contraception d'urgence est une « *expérience banale* » parce que beaucoup de leurs copines l'ont déjà prise. Ludivine vit chez ses parents en banlieue parisienne. Depuis qu'elle a eu son baccalauréat, elle a le droit de sortir quand elle veut, où elle veut et avec qui elle veut : « *je suis super libre* » dit-elle. Lorsqu'elle était plus jeune, ses parents ont fait quelques allusions à la contraception et à la protection contre le sida, mais sans jamais entrer dans les détails ; depuis ils n'ont pas recommencé.

« Quand j'étais au collège, un jour ma mère m'a dit qu'il faut faire attention aux gens qu'on fréquente. À tous les gens de l'entourage. Parce que quand on a des mauvaises fréquentations, on peut se faire avoir et faire des choses qu'on voulait pas. Et puis là elle a commencé à me parler de sexualité. C'était bizarre. C'était pour me mettre en garde un peu. Genre « te fais pas avoir ma fille ». (...) Sinon une fois en seconde, je m'en souviens, c'était le 1^{er} décembre, le jour du sida, et on regardait la télé et là bah mon père il m'a parlé du sida, mais vite fait. Il est pas entré dans les détails. Non. » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Selon Ludivine, si elle le voulait, elle pourrait discuter avec ses parents, sa mère, de contraception et du sida, mais elle ne le désire pas, « *ça ne la regarde pas* ». Si ses parents ne lui semblent pas « *fermés* », c'est elle qui se ferme à ses parents, comme pour protéger son monde, son « *univers* », son « *intimité* ».

« Ça les regarde pas ma vie, ma vie privée. Et encore moins ce que je fais avec mes fesses. Non ça non. Manquerait plus que je raconte ça à mes parents. Non je suis grande, tant que ça roule, ils s’en foutent. Peut être que si un jour je déconne ils me feront comprendre mais là... ça va » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Sa détermination à avoir un monde à elle, dont elle seule détient les informations, permet de comprendre comment la contraception d’urgence a pu prendre la forme d’une maîtrise de soi et de la prise de conscience de ses responsabilités. Ludivine a pris cinq fois la contraception d’urgence avec le même partenaire. Avec lui, ils utilisaient des préservatifs, mais cette méthode ne convenait pas à son partenaire ; lorsqu’il en mettait un, cela *« ratait à chaque fois »*.

« C’était de ma faute aussi que je prenais pas la pilule. Mais on s’engueulait aussi à cause de ça. Il en avait marre de faire ça qu’avec le préservatif. Il me disait « Mais fais comme toutes les meufs, c’est bon je vais pas te tromper... prends la pilule ! ». En plus c’est vrai il m’a jamais trompée, lui. » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Les réflexions du petit ami sur la pilule, *« fais comme toutes les meufs »*, soulignent le devoir pour les femmes d’avoir une protection contraceptive personnelle dans les relations durables. Selon lui, si Ludivine voulait être une *« vraie meuf »*, elle n’avait qu’à prendre la pilule. Malgré les réflexions, ils ont toujours utilisé des préservatifs, qui ont continué de *« craquer »*, de *« lâcher »*. Peut-être étaient-ils de mauvaise qualité, se demande-t-elle. Chacune des fois, elle a pris la contraception d’urgence. La première fois qu’elle a eu besoin de la contraception d’urgence (suite à un *« problème »* de préservatif), comme les suivantes, ils se sont *« débrouillés »* seuls.

« Bon alors la première fois c’était vraiment de la débrouille, genre tu cherches des infos, tu cherches où aller pour l’avoir. Tu fouilles partout où tu pourrais avoir des infos. Partout. Et on a trouvé... parce que quand tu cherches bien tu trouves. Donc on a été à la pharmacie, j’ai demandé la pilule du lendemain... et voilà ! On s’est débrouillés avec les moyens du bord ! C’est lui qui l’a payée parce qu’il trouvait que c’était un peu de sa faute... D’ailleurs, c’est presque toujours lui qui l’a payée, sauf une fois c’est moi... » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Elle a été *« surprise »* que son petit ami lui paie la contraception d’urgence, elle pensait qu’il lui demanderait de la prendre en charge en raison de son refus de prendre la pilule ; ce qu’elle aurait trouvé justifié. D’après elle, elle se devait d’assumer la protection contraceptive mais en la payant, son petit ami lui a montré qu’il se sentait responsable (en partie) de la situation. Aussi, c’était à eux et à eux seuls *« d’assumer [leur] connerie »*. Ils n’ont donc jamais demandé à leurs parents ou à un proche de les aider ; Ludivine n’en a informé ni sa mère ni sa sœur, et ses copines ont été tenues au courant *« une fois l’affaire réglée »*.

« C'était à moi d'assumer... c'est moi qui ai un bébé si y a un problème... c'est à moi de gérer. Et puis aussi je pense que si vraiment je le voulais, j'avais qu'à pas passer la nuit avec lui » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Pour Ludivine, si une jeune femme a des rapports sexuels, elle doit en assumer toutes les conséquences. Prendre la contraception d'urgence suite à un rapport mal protégé, c'était « *prendre les choses en main* » et montrer à son partenaire qu'elle gérait la situation (même si elle ne prenait pas la pilule). Cette méthode de « rattrapage » a été sa première contraception hormonale. Elle lui a donné l'occasion de souligner qu'elle était seule et unique maîtresse de son corps : ni son partenaire ni ses proches ne pouvaient avoir leur mot à dire. C'était aussi l'occasion de se prouver (et de prouver aux autres) qu'elle était capable de faire face aux « *problèmes de la vie* ». Sa volonté de « se débrouiller toute seule » est d'autant plus marquante lorsqu'elle raconte comment sa mère a trouvé une plaquette de contraception d'urgence dans ses affaires.

« Une fois ma mère elle a trouvé une boîte dans mon bureau et elle m'a tuée. Elle m'a dit « Putain c'est quoi ça ? Qu'est-ce que ça veut dire ? ». Et elle pensait que j'avais couché sans capotes exprès. Alors que je faisais ça à l'arrache. Et donc elle m'a hurlé dessus « Qu'est-ce que ça veut dire ? ». Et j'ai dit « Mais non on a eu un problème avec B. c'est pas de ma faute ». Et puis elle a compris... Donc pour elle je l'ai prise qu'une fois... Parce que bon, je vais pas parler de ça à ma mère. Je sais pas pourquoi... Parce que c'est ma mère. Elle sait que je couche avec des gars, mais les détails, elle a pas besoin de les connaître. Voilà. Enfin pour moi, vis-à-vis de moi... » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

L'intrusion de sa mère dans sa chambre, la fouille intégrale de son bureau (espace de travail, de loisirs et d'intimité – c'est là qu'elle rangeait son courrier et son agenda) et le fait que sa mère trouve une boîte de Norlevo® vide ; tout ceci a donné la possibilité à Ludivine d'affirmer sa vie sexuelle ; la plaquette montrant à sa mère de manière évidente qu'elle avait à présent des rapports sexuels, réalité que sa mère refusait jusque-là (même si selon Ludivine, elle ne pouvait l'ignorer).

« Ma mère fait style elle savait pas que j'avais des rapports et tout. Mais elle sait que j'avais des mecs. B. elle l'a rencontré... Et bon elle pouvait se douter qu'on jouait pas au Monopoly tous les deux. Je pense qu'elle se voilait la face. En même temps je comprends, ça doit être dur pour une mère de voir que sa fille a une sexualité... Mais quand même de là à faire un scandale... » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Si sa mère a pensé que sa fille « *[faisait] du n'imp [faire n'importe quoi]* », c'est parce qu'elle a trouvé une boîte de contraception d'urgence et non une plaquette de pilules ou des préservatifs. C'est aussi parce qu'elle se devait de réagir face à la sexualité affirmée

de sa fille⁶. On peut se demander à quel point la fouille de la chambre n'a pas été une manière pour la mère de montrer à sa fille qu'elle était toujours susceptible de contrôler et d'exercer un pouvoir sur elle, lui rappelant par conséquent que la maison était d'abord un espace familial sous administration parentale avant d'être personnel. Ludivine a donc eu à se justifier sur ses pratiques et surtout sur la raison de son recours à la contraception d'urgence. Elle a dû faire attention à ne pas en dire plus et à ne pas en dire trop. En gardant secret le reste de sa vie amoureuse, sexuelle et contraceptive ; Ludivine maintient une limite entre ce que peut savoir sa mère (en fouillant) et ce qu'elle ne pourra jamais savoir... « *à moins de m'espionner* » dit-elle en rigolant. C'est une manière de prendre soin de sa mère, de ne pas l'inquiéter.

« Je lui ai pas dit tout ça [les tests de dépistage, la contraception d'urgence...]. Mais je veux pas. C'est le seul truc que je raconte pas. Je peux parler de cul avec ma mère (...) mais je peux pas lui dire les conneries que je fais sur ce point-là, parce que je veux pas lui faire peur (...) elle va se dire que si je l'ai fait, je le referai. »
(Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

En n'en parlant pas, les jeunes femmes se protègent et protègent leur image aux yeux de leurs mères. En devenant « responsables », elles assument le sens qu'elles donnent à leur vie, et aussi des liens qu'elles engagent. Construire son autonomie et définir son identité conduit à renégocier le lien d'interdépendance avec ses parents et à créer une mise à distance par l'entremise de certains événements (Gaudet, 2001). Si « *entre filles, on discute de tout* », même si la mère est une femme, c'est d'abord une mère et ce statut rend impossible certaines discussions. En effet, même si la mère a un statut privilégié par rapport aux autres proches, ceci ne lui permet pas de tout savoir, et c'est la gestion de ce non-dit (entre mensonge et secret) qui permet aux jeunes femmes de revendiquer un monde personnel dont elles sont les seules à détenir les clés (et à ouvrir lorsqu'elles le souhaitent les portes de leur jardin privé).

L'intrusion de la mère, la « *fouille* » du sac, a été l'occasion pour Ludivine de s'affirmer en tant que jeune femme responsable de ses actes, et surtout maîtresse de sa vie intime, capable de résoudre seule les problèmes de contraception. En cela elle a montré à sa mère qu'elle n'était plus une « *petite fille* » mais une jeune femme capable de gérer sa santé ; autrement dit d'assumer sa sexualité, sa contraception et sa protection. La

⁶ Les parents de Ludivine refusent que des jeunes hommes puissent non seulement dormir mais aussi entrer chez eux, c'est elle qui doit toujours aller dormir chez ses petits copains (les parents l'autorisent à sortir), ce qui est parfois source de tensions avec ses partenaires, et qui parfois complique la gestion de la contraception. Pour ses parents, celui qui entrera dans leur maison sera « le bon », ils ne veulent pas voir le « *défilé* ».

temporalité qu'implique la contraception d'urgence impose aux jeunes femmes de réagir « *le plus rapidement possible* », et de savoir faire face à une situation d'urgence qui souligne qu'elles sont « *grandes* » et qu'elles peuvent « *se débrouiller toutes seules* ». Utiliser la contraception d'urgence est d'autant plus facile pour les « *débrouillardes* » qu'elles n'ont pas l'impression d'être déviantes. La norme contraceptive (à laquelle elles adhèrent) est là pour les guider, mais finalement aucune de leurs copines n'arrive à la mettre en pratique, alors elles sont plutôt indulgentes envers leurs propres écarts.

« *Mes copines aussi ont pris la pilule du lendemain. Je suis pas toute seule. Loin de là. Non on l'a presque toutes prise... Quand y en a une qui sait pas comment faire on lui dit. Moi je me suis débrouillée toute seule, j'ai mon honneur à défendre...(rires). Nan c'est pas une question d'honneur mais bon, ça fait un peu débile quand t'as 17-18 ans et que tu joues la grande mais que tu sais pas trop comment faire quand y a un pépin...* » (Ludivine, 20 ans, étudiante en école de commerce)

Avoir déjà utilisé la contraception d'urgence peut amener les jeunes femmes à se considérer comme détentrices d'une expérience qui peut les aider et aider leurs pairs par la suite. Ainsi, comme l'explique Muriel Darmon, « les comportements deviennent normaux pour la même raison qu'ils sont pathologiques, parce qu'ils sont partagés » (Darmon, 2003, p. 228). Celles qui ont su faire face à un « *échec contraceptif* », seules, se sont prouvées à elles-mêmes qu'elles détenaient assez de ressources pour gérer ce type de situation. C'est ensuite en tant qu'expertes qu'elles pourront expliquer aux novices où se procurer et comment prendre la contraception d'urgence. « Les démarches précises qu'accomplit une personne pour entrer dans un groupe organisé, ou la prise de conscience et l'acceptation du fait qu'elle y est déjà entrée, influencent fortement la conception qu'elle a d'elle-même » (Becker, 1985, [1963], p. 60). Les *débrouillardes* disent que la contraception d'urgence leur a fait gagner de l'expérience et leur a permis de montrer qu'elles assumaient le fait d'avoir des rapports sexuels. Cependant, rien n'indique qu'elles feront pareil en cas d'avortement. C'est une *expérience* dont elles tirent comme principale conclusion qu'elles sont capables d'exercer un contrôle sur cette dimension de leur vie et faire face à un problème. Il s'agit alors d'une confirmation identitaire de leur qualité de jeune femme.

« *Se sentir un peu plus femme* »

L'utilisation de la contraception d'urgence peut aussi prendre le sens d'une affirmation d'appartenance de genre dans la mesure où cela peut être l'occasion pour les jeunes

femmes de se sentir « *un peu plus femmes* ». En effet, cette occasion leur offre la possibilité de questionner leurs capacités procréatrices puisqu'elle les amène à se projeter dans une éventuelle grossesse. Même si dans la quasi-totalité des cas ce test est resté virtuel, car seulement une minorité a fait un test de grossesse, et que peu de jeunes femmes ont avorté (seule Sandra est tombée enceinte après avoir utilisé la contraception d'urgence dans les délais prévus). Ceci confirme que si les ruptures de préservatifs et autres accidents de contraception sont des éléments marqueurs de l'entrée dans la sexualité et des débuts de la biographie contraceptive, la grossesse et la maternité sont, quant à eux, des actes socialement réservés à l'âge adulte (Le Van, 1998 ; Charbonneau, 2003). La question de la procréation que pose la contraception d'urgence renvoie à celle de la maternité qui importe beaucoup aux jeunes femmes. Comme nous l'avons vu, la maternité est invariablement une dimension identitaire essentielle pour « *être une femme* ». Pour les plus âgées des jeunes femmes rencontrées, la question de la maternité semble prendre d'autant plus d'importance lorsqu'elles sont en couple. Deux dimensions temporelles coexistent alors : le temps social et le temps biologique, l'échelle de chacun n'étant pas identique puisque l'un étant plus limité que l'autre. En effet, d'une part les jeunes femmes doivent composer avec un « temps social » qui leur impose de finir leurs études et d'entrer sur le marché de l'emploi, et d'autre part elles doivent construire avec la contrainte du « temps biologique » ou « temps du corps », qui leur est présenté de manière relativement limitée en raison de la ménopause et de la norme du « bon âge » pour être mère. Cette seconde dimension temporelle met l'accent sur le « corps qui parle » et renvoie au fonctionnement biologique et « naturel » du corps, aux hormones.

Parce qu'elle questionne autrement la contraception et la fécondité, la contraception d'urgence est une préoccupation de « *grandes* » qui peut conduire les jeunes femmes à se voir autrement : non plus « *petites* » ni « *ados* » mais davantage « *femmes* », autrement dit les amener à se sentir « *plus près des femmes que des filles* ». Maria a utilisé deux fois la contraception d'urgence : d'abord à cause d'un problème de préservatif (il a glissé) au début de sa relation avec Steve, ensuite lors d'un oubli de pilule (elle a raté trois prises) un an et demi plus tard, toujours avec Steve, son « *amoureux* ». Ces deux utilisations ont été pour elle des « *expériences* » qui n'ont pas fait l'objet d'hésitation.

« Bon bah quand tu te rends compte comme moi que t'as plus le préservatif et tout. Tu sais ce qu'il te reste à faire. Prendre la pilule du lendemain. C'est tout. Y a pas à tergiverser longtemps. C'est un truc qui existe, faut le faire. (...) Quand t'as un problème et sa solution, c'est déjà plus trop un problème ! » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Si pour elle c'était une « *bonne expérience* », c'est qu'elle n'a pas été enceinte par la suite, mais aussi qu'ils étaient « *super amoureux* ». Leurs liens n'en ont été que plus forts : « *on a réussi à régler nos problèmes avec le sourire* » et ils ont rigolé de s'imaginer parents (sujet de conversation qu'ils n'avaient jamais eu jusque-là). Cette prise en compte de la parentalité tout en ayant les moyens de la différer a conduit Maria à s'interroger sur elle-même, et ainsi à donner un autre sens à la contraception d'urgence qu'une unique voie de recours à un rapport non ou mal protégé. On comprend dans ses propos que l'utilisation de la contraception d'urgence lui a permis « [d'accéder] à *quelque chose* ».

« Par rapport à mon identité à moi de femme, ça a eu une importance. Par rapport à mon couple, ça reste un souvenir, un bon souvenir. Mais bon par rapport à moi seule... euh... Bah si, quand même. T'accèdes à quelque chose parce que c'est un truc que tu vis parce que t'es femme et que tu vis en tant que femme et que t'as un organisme qui fonctionne comme ça. Tu dois prendre la pilule du lendemain si t'as un rapport comme ça [non ou mal protégé]. » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

La contraception d'urgence souligne la spécificité du corps féminin : seules les femmes en ont besoin, car seules les femmes peuvent être enceintes, Maria l'utilise « *parce qu'elle est* » une femme et la prend « *en tant que* » femme. La contraception d'urgence ne donne pas l'assurance des capacités procréatrices au même titre que l'avortement, mais le fait d'« *avoir des problèmes de femmes* » ayant trait à la maternité contribue à affirmer l'identité de femme. En prenant cette méthode contraceptive, Maria a souligné son appartenance au groupe des « *femmes avec un grand F* ». Elle interprète rétrospectivement ses expériences de la contraception d'urgence (et surtout la première) comme des moments qui lui ont permis de se questionner sur elle-même, qui ont constitué une « *étape dans [sa] vie de femme* ». Si elle précise oralement les guillemets, c'est pour souligner qu'elle n'est pas encore femme et qu'il s'agit d'un processus qui se clôt par la maternité (selon elle, seuls les enfants permettent d'accéder au statut de « *femme-femme* » et c'est pour elle la maternité qui symbolise l'âge adulte).

« Aujourd'hui oui je me rends compte que je sais ce que c'est. Donc ouais, c'est vrai que je pense que ça a été une étape dans ma vie de femme entre guillemets. Parce qu'aussi t'as un médecin. Que tu te retrouves dans une situation un peu à la marge

aussi. C’est qu’il y a un problème si tu prends la pilule du lendemain. Aussi quelque part donc t’effleures un peu le danger. Parce que ouais c’est la seule fois où t’es dans la situation où tu pourrais être enceinte. Même si après je te dis que j’y ai jamais vraiment repensé, c’est une expérience quoi... Enfin si quand même si, ça te... Si c’est vrai ça a une importance dans mon histoire personnelle... » (Maria, 24 ans, étudiante en école de commerce)

La première fois qu’elle a pris la contraception d’urgence, Maria s’est rendue au planning familial. Cela a été son premier contact avec cette institution. Elle a alors consulté pour la première fois un médecin à propos de sa sexualité (elle ne précise pas s’il était gynécologue). En s’arrangeant pour ne pas en parler à ses parents, Maria a eu affaire à d’autres adultes qui l’ont interrogée sur sa nouvelle situation de « partenaire de », reconnaissant de ce fait sa sexualité. La présence de son « amoureux » a été pour elle le signe d’une vie amoureuse « épanouie (...) assumée par tous les deux (...) dont [elle] était fière ». Suite à la contraception d’urgence, Maria s’est posé des questions sur la maternité, elle a eu l’impression de devenir « un peu plus femme ». Il semble donc que ce soit davantage le fait d’avoir des « préoccupations de femmes » et le désir d’une appartenance de genre qui « rendent femme », plutôt que la prise de la contraception d’urgence en tant que telle. Ce que confirme également Noura, pour qui la contraception d’urgence est une « expérience personnelle importante », mais qui est peu intéressante pour les autres.

« C’est pas un truc que je considère majeur dans ma vie. C’est comme : Est-ce que je parle du fait que j’ai pris des antibiotiques pour ma grippe ?... C’est pas un truc que je considère comme hyper important par rapport aux autres. Par rapport à moi, euh... C’était important. Parce qu’avec les effets secondaires, ça m’avait fait un peu peur. Et que c’était pas un truc que tu pouvais prendre à la légère... Pour moi c’était important de l’avoir prise... Enfin de... c’est important pour moi ! Après pour les autres c’est pas fondamental ! » (Noura, 22 ans, réceptionniste)

Lorsque la contraception d’urgence pousse les jeunes femmes à « se prendre en main » d’un point de vue sanitaire et à aller consulter un gynécologue, c’est « un mal pour un bien » puisque le bilan est positif : le début du suivi médical. La consultation d’un « spécialiste du corps des femmes » prend une signification particulière.

« Je voulais prendre la pilule. Bah ouais j’ai pris rendez-vous chez le gynéco pour prendre la pilule... J’avais plus ou moins l’idée avant. Mais ça... [la contraception d’urgence], ça m’a motivée ! Mais bon je lui ai pas dit que j’avais pris la pilule du lendemain parce qu’elle m’a pas demandé ! Mais j’avoue le fait d’aller voir un spécialiste du corps des femmes ça a fait que je me sente plus femme... Ouais j’allais pas chez le généraliste, non c’était fini. Et puis y a que les femmes qu’on un médecin spécial. Y aller c’était un peu grandir... ça voulait dire que j’étais une femme » (Céline, 21 ans, étudiante en école de commerce)

Les jeunes femmes rencontrées qui parlent de la contraception d’urgence comme d’une expérience soulignent à plusieurs reprises qu’elles « n’y pensent pas souvent », voire

pas du tout. Pour elles, il s'agit plus simplement d'avoir réussi à se sortir (parfois avec leur petit copain) d'une situation « où [elles] *auraient pu être enceinte* » comme l'explique Maria. Pour elles, l'utilisation de la contraception d'urgence a contribué à valoriser leur identité sexuée (femme) et sexuelle (partenaire de quelqu'un), se voyant davantage comme « *une jeune femme avec des problèmes de femme* » capable se débrouiller seule (sous-entendu sans les parents), plutôt que comme une jeune femme immature « [faisant] *des bêtises* ». Se « *prendre en main* » implique donc pour les jeunes femmes de faire un nouveau travail sur elles-mêmes ; il ne s'agit plus seulement de se laisser accompagner et guider mais bien de participer activement en travaillant leurs pratiques personnelles, et de s'obliger à aller contre leurs habitudes antérieures (Darmon, 2003). Aussi, si une blessure fondamentale de la féminité est représentée par le fait de ne pas pouvoir enfanter (McLaren, 1996 ; Théry, 1999 ; Delor 1999), *a contrario* le recours à la contraception d'urgence peut valoriser l'identité féminine, car elle pose plus ou moins concrètement (au moins aux jeunes femmes) la question de la maternité et celle de la procréation.

3. CONTRACEPTION D'URGENCE ET CONSTRUCTION DE SOI

La spécificité de la contraception d'urgence réside dans le fait qu'il s'agit d'une méthode contraceptive succédant à un rapport sexuel. Elle peut être utilisée dans le cadre de relations que les jeunes femmes appellent « *sans lendemain* » ou « *courtes* » mais que l'on pourrait nommer « relations précaires » puisqu'elles en ont beaucoup de caractéristiques (Cingolani, 2006). Il s'agit de relations brèves (ou appréhendées comme telles), dont l'avenir, la durée et la solidité ne sont pas assurées. Ce sont des relations instables et fragiles. Dans ces circonstances, on comprend que ces relations ne facilitent pas l'usage d'une méthode contraceptive anticipatrice. La contraception d'urgence, en tant que méthode associée à l'acte, est une méthode discontinue, elle n'est utilisée que dans le cadre de rapports sexuels à risque de grossesse. Cette discontinuité liée à une imprévisibilité peut renforcer la précarité des jeunes femmes n'utilisant aucune méthode quotidienne. Dans le cas contraire, elle peut constituer une période de transition et motiver la jeune femme à adopter une contraception régulière. Pour celles qui vivent la contraception d'urgence comme une « *expérience* », elles la vivent comme une étape dans un parcours biographique, il s'agit d'une période d'attente avant de trouver une méthode qui leur convienne. L'absence de contraception personnelle peut être, nous

l'avons vu, une transition entre deux méthodes, un temps d'hésitation entre plusieurs méthodes qui sont pour le moment jugées pas assez satisfaisantes (comme on a pu le voir dans les hésitations des jeunes femmes à propos de l'implant par exemple). Cela peut également résulter de rapports sociaux de sexes et de domination au sein du couple ou de rapports de force dans la famille (la mère refusant que sa fille ait une contraception). L'absence de méthode peut alors devenir une contrainte lourde, le recours à la contraception d'urgence étant alors une « *épreuve* » à laquelle les jeunes femmes doivent se soumettre.

À la lumière des entretiens, on voit comment lorsqu'une jeune femme prend la contraception d'urgence, elle va interpréter l'événement de façon négative si elle le considère comme une « *épreuve* » (remise en cause de soi, de son couple), tandis que le même acte vécu comme une « *expérience* » devient un élément positif (découverte d'une nouvelle dimension identitaire, confirmation du couple). La contraception d'urgence en tant qu'*épreuve* est peu dicible, les jeunes femmes en font peu de « publicité » et considèrent cela comme « *quelque chose de personnel* » peu valorisant, voire dévalorisant. À l'inverse, celles pour qui cela a confirmé leur identité « *en tant que femmes* » l'interprètent comme une *expérience*, c'est-à-dire un événement qui même s'il n'est pas anodin ne constitue pas un changement identitaire majeur, mais qui participe à la construction identitaire. Elles soulignent qu'il s'agit d'un processus. La pilule peut, elle aussi, remplir cette fonction de validation identitaire. La notion d'*épreuve* utilisée par certaines jeunes femmes met en exergue l'idée de test, de se tester, de devoir faire ses preuves ; tandis que celle d'*expérience* c'est le vécu, la validation et le perfectionnement de soi (au sens positif pour soi). Cette distinction en terme d'*expérience* ou d'*épreuve* souligne le fort degré de réflexivité des jeunes femmes qui recodent leurs pratiques selon la façon dont elles ont vécu l'événement et ce qu'elles ont vécu depuis⁷ (avortement, nouvelle prise de contraception d'urgence, désir de grossesse, rupture amoureuse, IST...). La sexualité définie comme une expérience personnelle, fondamentale dans la construction de soi (Bozon, 2001c), ne doit pas faire oublier l'importance de la contraception (même si elle peut être considérée comme secondaire).

⁷ Notons que la contraception d'urgence peut être vécue comme une *épreuve* puis être recodée comme une « *expérience de la vie* » en raison des événements suivants ayant marqué la biographie affective, sexuelle ou contraceptive. Il semble toutefois que les jeunes femmes ayant « codé » dans un premier temps la contraception d'urgence comme une *épreuve* ne puissent la « recoder » qu'en *expérience* (je n'ai jamais entendu l'inverse dans les entretiens effectués).

L'image de la féminité véhiculée à travers le soin de soi et l'attention aux autres aide à saisir comment l'utilisation de la contraception d'urgence peut avoir des conséquences sur la construction identitaire de jeunes femmes et constituer une *épreuve* ou une *expérience*. En effet, les expériences d'engagements envers les autres sont des façons d'affirmer son identité. Pour les femmes, si la « révolution contraceptive » a marqué la liberté nouvelle de disposer pleinement d'une partie de leur corps, il n'empêche qu'elle reste étroitement encadrée, obligeant les femmes à rester en contact fréquent avec les membres du corps médical (Memmi, 2001). Ainsi, si dans les représentations communes une femme serait « faite pour » s'occuper des autres, alors on peut comprendre comment le fait d'être soi-même « demandeuse » de soins peut influencer sur la représentation que l'on a de soi, à un moment où l'on construit sa féminité en partie à travers l'entrée dans la sexualité. Avoir besoin de la contraception d'urgence au moment où l'on revendique une vie sexuelle active et où l'on cherche à accroître les domaines d'autonomie peut constituer pour les jeunes femmes une remise en cause des nouveaux domaines « acquis ». Mais la contraception, et celle d'urgence en particulier, peut aussi constituer des preuves d'attention à soi et dans ce cas, la gestion des soins peut être une source de valorisation. « *Se débrouiller seule* » pour obtenir la contraception d'urgence témoigne du désir d'autonomie recherché plus largement dans le domaine contraceptif et sexuel. Cela peut donner lieu à une satisfaction personnelle associée à la réussite d'avoir fait face à un « *problème* » de contraception ; et souligne dans le même temps les capacités féminines à l'autocontrôle de la fécondité.

Que l'utilisation de la contraception d'urgence soit vécue comme une *épreuve* ou une *expérience* par les jeunes femmes, on retrouve l'idée que c'est par une suite de microdécisions que le soi se construit ; « l'individu ne suit pas une feuille de route précise où chaque étape serait marquée, ne récite pas seulement un programme appris pendant sa ou ses socialisations » (Singly, 2005, p. 82). Toutes les décisions que les jeunes femmes prennent ayant trait à leur contraception, qu'elles leur semblent importantes ou non, peuvent avoir des conséquences sur leur biographie contraceptive, affective et plus largement sur leur construction identitaire, comme le montre le recours à la contraception d'urgence. Et, pour les jeunes femmes ayant avorté, la contraception d'urgence leur semble « *sans effet* » avec le recul : c'est « *une expérience minime* », un tout petit événement dans leur biographie contraceptive. L'avortement se substitue ainsi à la contraception d'urgence dans les épreuves et les expériences participant à la construction de soi. Il devient un marqueur dans les biographies, comme pouvait l'être

(plus discrètement) la contraception d'urgence pour certaines. On voit ainsi comment les techniques au service de la maîtrise de la fécondité s'inscrivent dans des trajectoires reproductives et participent à la construction des identités sexuées en rendant compte de celles-ci.

Si aujourd'hui les jeunes hommes doivent *a priori* se soucier également de la gestion de la fécondité avec leurs partenaires, c'est envers ces dernières que la norme sociale est toujours la plus forte. Lorsqu'elles sont dans des histoires « *qui comptent* », les jeunes femmes doivent faire face aux exigences sociales qui leur imposent un investissement dans la relation amoureuse et une gestion *quasi* autonome de la contraception, dans une période marquée par l'entrée dans la biographie sexuelle et contraceptive. Ceci conduit à questionner les modalités de gestion de la contraception d'urgence entre partenaires, puisque, nous l'avons vu, les jeunes hommes sont très présents dans les récits des enquêtées. « Les pratiques sexuelles, le type de relation et les situations qui s'y rattachent, le choix du partenaire, les attentes et investissements dont il est l'objet, sont autant d'éléments de l'univers dans lequel l'individu évalue sa propre situation et modifie ou non ses comportements sexuels en vue de la prévention et de la contraception » (Singly, 1995). Si, en tant que produits des rapports sociaux de sexes, les figures du féminin et du masculin à l'œuvre dans les trajectoires reproductives sont assez figées, elles sont aussi le fruit d'arrangements et de négociations faites au sein des couples. Il s'agira donc à présent de chercher à comprendre comment le lien affectif peut être un enjeu dans la gestion de la contraception d'urgence.

CHAPITRE 11 - DES DOMAINES DE COMPETENCE DISTINCTS, ENTRE PRISE EN CHARGE ET PARTAGE

Au cours des entretiens, les jeunes femmes ont insisté sur la place de leur partenaire et l'importance de son investissement dans les méthodes contraceptives utilisées par le couple. On l'a vu, parmi les attributs du « *mec bien* », les jeunes femmes parlent de la discussion sur le préservatif, sa possession et son utilisation lors des rapports sexuels, mais aussi de l'interrogation du jeune homme sur la pratique contraceptive de sa partenaire. Ce sont autant d'indicateurs interprétés comme investissement. En effet, dans la lignée des travaux de Luc Van Campenhoudt (1998) et François Delor (1997), il faut s'intéresser à la construction de la relation pour comprendre les modalités de gestion de la contraception et de celle d'urgence qui nous intéressent ici. Les débuts d'une relation informent sur le moment et le lieu dans lesquels elle se passe, le déroulement des événements, mais aussi la signification qu'y prend le partenaire, les enjeux de pouvoir qui s'y jouent, les autres priorités qui s'imposent, les règles qui la régissent. L'analyse des pratiques individuelles ne peut, par conséquent, être séparée du contexte dans lequel elles se produisent. Nous porterons notre intérêt à présent sur les jeunes femmes qui gèrent « *seules* » ou « *à deux* » le(s) rapport(s) non ou mal protégé(s) selon les types de relations dans lesquelles elles se trouvent (relations occasionnelles *versus* amoureuses), afin de voir comment un « *problème* » de contraception/protection peut avoir des conséquences sur le couple. En s'attachant au contexte dans lequel se déroule le rapport sexuel, pour comprendre la prise de contraception d'urgence, il faut garder en mémoire que « la notion de contexte ne peut se limiter à la situation actuellement observable. On peut avoir acquis hors de la situation actuelle une grande partie de l'information biographique dont on dispose sur les extrêmes d'une relation observée » (Goffman, 1973b [1971], p. 189). Le lien entre le type de relation et la gestion de la contraception d'urgence est dépendant de la relation partagée (présent) et envisagée (futur), en cela il pourra remettre en question la relation engagée entre les partenaires.

En s'intéressant aux enjeux affectifs de la gestion de la contraception d'urgence, il s'agit d'accorder un intérêt particulier au partenaire, parce qu'il est l'autre intervenant majeur dans la décision et dans les modalités de recours à la contraception d'urgence. Si pour beaucoup d'enquêtées la présence de leur mère a été importante (en raison de

l'absence du partenaire ou de son inaction), l'expérience de la contraception d'urgence reste d'abord un événement de la vie du couple. Cette méthode se révèle être une manière (ou une occasion) de tester la nature et l'intensité du lien entre les partenaires. Certaines jeunes femmes cherchent à voir dans l'intérêt sur la contraception porté par leur petit copain une certaine « preuve » de son implication dans la relation. On verra ainsi comment « être en couple »¹ n'implique pas forcément une gestion « ensemble », « à deux » de la contraception d'urgence, et inversement qu'une relation « occasionnelle »² ne suffit pas à expliquer la gestion « seule ». Que ce soit une « épreuve » ou une « expérience », le recours à la contraception d'urgence contribue au processus de construction identitaire dans la mesure où, comme l'explique Vincent Caradec, c'est à travers leurs relations aux autres que les individus se découvrent, « ce n'est pas, en effet, en plongeant aux tréfonds de soi qu'il est possible de “découvrir” ce Soi intime : celui-ci se révèle, au contraire, dans les relations avec les proches » (Caradec, 2003, p. 97). Les jeunes femmes pourront ainsi se révéler compétentes dans un domaine autrefois ignoré, tel que la gestion d'un rapport non ou mal protégé et le recours à la contraception d'urgence. La prise en compte du contexte relationnel a été essentielle pour comparer les différentes manières de gérer la contraception d'urgence et d'en saisir les enjeux au-delà de la seule précaution sanitaire. Ainsi, dans un premier temps, nous verrons comment une gestion « seule » peut être l'occasion d'une revendication de maîtrise de son corps et d'un libre choix ou une responsabilité féminine à assumer malgré tout. Ensuite, dans un second temps, il s'agira de comprendre comment la gestion « à deux » peut être l'occasion de mettre « l'autre », le partenaire, face à ses responsabilités d'une part, et d'autre part, comment cela devient un marqueur de la relation amoureuse, quand les partenaires désirent « tout partager ».

1. LA CONTRACEPTION, UNE « AFFAIRE DE FEMMES »

La médicalisation de la contraception et de la procréation a permis aux femmes de disposer de leur corps, mais elle contribue aussi à repenser la contraception et la procréation comme une « affaire de femmes », exclusivement à la charge de ces

¹ Lorsque les jeunes femmes se disent « en couple », il s'agit le plus souvent d'une relation officielle, qui est validée et valorisée par les pairs (il s'agit de « relations amoureuses » en construction).

² Les « relations occasionnelles » sont officielles (ou non) et considérées comme peu durables par les jeunes femmes. Il n'y a pas *a priori* de désir d'engagement fort à l'inverse des « relations amoureuses » : l'avenir de la relation est incertain voire voué à la rupture.

dernières. Aujourd'hui, la plupart des méthodes modernes de contraception relèvent de la responsabilité de la femme (c'est à elle d'y penser, à elle de se la procurer, à elle d'avoir un suivi médical etc.). Les jeunes femmes rencontrées se sont réapproprié ces idées et les justifient en disant que « *s'il arrive quelque chose [une grossesse], c'est les femmes [seules] qui sont concernées* ». Elles parlent de « *ma* » contraception, de « *ma* » protection dans les entretiens et non de « *notre* » contraception, soulignant la possession par l'utilisation de cet adjectif possessif.

Lorsque la contraception est pour les enquêtées une « *affaire de femmes* », les partenaires peuvent se sentir exclus ou s'excluent de fait, laissant la jeune femme seule face à la contraception, à la protection et, le cas échéant, à la contraception d'urgence, à l'avortement. À défaut de partenaire mais surtout parce que cela relève du domaine féminin, les jeunes femmes demandent parfois de l'aide à leurs mères, qui peuvent alors les accompagner au début de leur biographie contraceptive.

L'objectif est ici de voir en quoi la contraception d'urgence peut être un indicateur de l'intensité du lien affectif et comment elle peut contribuer à sa remise en cause. Pour cela, nous proposons de distinguer les jeunes femmes qui gèrent seules cet événement et celles qui le gèrent avec leur partenaire (« *ensemble* »). Dans la suite des récents travaux sur la sexualité plaçant au centre de la réflexion la relation affective (Levinson, 2003 ; Schiltz, Jaspard, 2003 ; Maillolchon, 2001a), nous mettrons ici l'accent sur la relation qu'entretiennent la jeune femme et son partenaire lors du (des) recours à la contraception d'urgence. En effet, à la fin des années 1990, les travaux menés sur le sida et sur la protection ont mis en avant l'idée que le lien affectif qui unit les partenaires sexuels est un élément important dans la décision de se protéger ou non. « Cette logique ne correspond pas à celle qui prévalait en matière de prévention qui, jusqu'au tournant des années 1990, conseillait de se comporter comme si, sans exception, tous les partenaires étaient séropositifs. Dans cette optique, le préservatif était un instrument incontournable de protection. » (Schiltz, 1999, p. 14) ; ces résultats peuvent cependant être reconsidérés depuis les études sur la pratique du *bareback*³ (Le Talec, 2000). En effet, les homosexuels ont installé d'autres stratégies d'évitement du risque, adaptées à la spécificité de leur mode de vie. Toutefois on retrouve l'idée que les

³ Le *bareback* désigne le choix délibéré de certains hommes gays d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées, que ces hommes soient séropositifs, séronégatifs ou qu'ils ignorent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH (Le Talec, 2000).

individus établissent une distinction entre partenaires stables et partenaires occasionnels (Schiltz, 1999), ce que l'on constate également dans les pratiques des jeunes femmes rencontrées à propos des critères du rapport potentiellement fécondant. Cette distinction entre des types de partenaires peut avoir lieu dès le début ou une fois que la relation a commencé, et a des effets sur la protection des partenaires mais aussi sur leur gestion de la contraception et de la contraception d'urgence.

À partir du discours des jeunes femmes, qui ont dit avoir géré « *seules* », sans leur partenaire, la contraception d'urgence, on cherchera à différencier les situations où les jeunes hommes ont été exclus par leur partenaire et à comprendre dans quel contexte les jeunes hommes ne se sont pas (ou peu) préoccupé des suites d'un rapport non ou mal protégé.

Protection et contraception, des responsabilités différentes

Lors des relations occasionnelles (d'un soir ou d'une semaine) qui ne sont pas pensées pour durer, les jeunes femmes disent souvent s'être protégées. Le préservatif semble alors être une évidence à partir du moment où les partenaires ne se connaissent pas, comme si, moins les partenaires se connaissent (en ne partageant pas le même « *petit monde* » et n'ayant pas d'amis communs), plus la protection lors du rapport sexuel est considérée comme essentielle. Le partenaire est considéré comme un inconnu dont le passé est difficilement contrôlable (fréquentations et mode de vie sont ignorées), il devient alors « *suspect* » d'être éventuellement porteur du sida ou d'IST. La sélection et la hiérarchisation des risques entre grossesse et IST, VIH semblent s'effectuer selon les liens entre partenaires, nous l'avons vu à propos du rapport potentiellement fécondant (chapitre 9.1).

Le préservatif est fourni dans le cadre des relations occasionnelles par le jeune homme, ce qui évite aux partenaires d'aborder le sujet contraception/protection. Lorsqu'il n'y a pas de préservatif, certaines jeunes femmes précisent si elles ont une contraception personnelle (pour que leur partenaire se retire par exemple) mais les enjeux sous-jacents à la prise de pilule hors du cadre d'une relation amoureuse ont montré que ce n'était pas si simple. En effet, bien souvent, quand les jeunes femmes ont des rapports sexuels avec un partenaire d'un soir ou avec lequel elles « *ne projettent pas de construire quelque chose* », la contraception devient une affaire à elles (« *c'est mon affaire* », « *c'est mon problème* ») qui ne regarde pas leur partenaire d'un soir ou d'une semaine. Le statut éphémère de la relation et le manque d'attachement au partenaire sont les principales

raisons avancées par les jeunes femmes pour expliquer leur décision d'avoir eu recours seules à la contraception d'urgence.

L'exemple d'Aurélia permettra de comprendre comment la prise de contraception d'urgence peut être aussi l'occasion de revendiquer que « son corps lui appartient ».

Aurélia a une vie sexuelle marquée par une succession de relations plus ou moins durables avec des partenaires dont elle a été soit très amoureuse, soit pour lesquels elle n'avait « *qu'une attirance physique* ». Au moment de l'entretien, elle a eu 23 partenaires sexuels, avec certains elle est restée quelques mois, d'autres quelques heures : « [son] *record c'est avec Jim avec qui [elle est] restée deux ans (...) et [son] amant de maintenant, ça fait un an et demi* ». Avec ses partenaires, elle n'a pas toujours utilisé de préservatif parce qu'ils ne lui en proposaient pas tous : « *c'était soit avec, soit rien... ou des fois en se retirant* », sauf avec « *les mecs d'un soir* ».

« En général [avec] les mecs d'un soir, ouais on a mis des capotes... Sauf une fois ou deux (...). Parce qu'en général les mecs d'un soir, ils mettent des capotes. Les gens que tu connais pas je veux dire. Ouais j'ai presque toujours mis des capotes avec les mecs que je connaissais pas. (...) En fait c'est soit ils les ont et on les utilise soit bah y en a pas et du coup bah y en a pas quoi. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Les propos d'Aurélia soulignent la difficulté d'adhérer à la logique protectrice et d'avoir une vie sexuelle différente. Si dans un premier temps elle dit qu'elle s'est protégée la plupart du temps, dans la suite de l'entretien on comprend que bien souvent le préservatif était absent. Dans ce dernier cas, il est arrivé qu'elle demande à son partenaire de se retirer pour ne pas être enceinte car elle ne prenait pas la pilule.

« J'espérais seulement que ça marche [le retrait]. Je crois en ma bonne étoile. Des fois je me dis « bon c'est bon ça va marcher. » » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Quant aux infections, Aurélia y a peu pensé, parce que ceux avec qui elle a couché sans aucune protection étaient « *des amis ou des connaissances* », le risque du sida étant alors selon elle écarté. Aujourd'hui, elle n'a toujours pas fait de test de dépistage même si elle y pense, « *je me suis dit que ça serait bien de faire un test... mais je l'ai jamais fait !* ». Au moment de l'entretien, elle sort depuis un an et demi avec un homme marié, c'est son « *amant* ». La relation n'est pas toujours simple, mais la situation lui permet quelques libertés comme « *avoir des aventures à côté* ». Avec lui, les premiers rapports ont été protégés grâce au préservatif, puis, avec le temps, ils ont arrêté d'en utiliser.

« Y a des fois c'est moi qui voulais pas. En général quand je ressens vraiment quelque chose avec la personne j'ai pas envie de mettre de capotes. (...). Avec X [son « amant »] c'est un peu compliqué comme relation. Et bon on ne met pas de préservatif et tout. Bon lui il a pas d'autres nanas sauf sa femme et moi. (...) Et donc en fait ça a dû durer 1 ou 2 mois où on a rien utilisé. Et après j'ai pris la pilule [pendant 3 mois]. Mais là euh... là en ce moment... Là je viens de reprendre la pilule depuis 1 mois. Mais sinon là depuis 1 an, on faisait pfiut la méthode qui se retire. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Ressentant « *vraiment quelque chose* » pour son « *amant* », Aurélia a désiré ne plus mettre de préservatifs, pour lui montrer son attachement et sa confiance et aussi pour se sentir « *plus proche* » de lui, le préservatif étant perçu comme une barrière physique à leur amour. Aussi, ils ont opté pour le retrait car « *c'était plus agréable* » et surtout « *plus simple* » (pas besoin pour lui de cacher des préservatifs, ni pour elle de s'en procurer). Constatant que la relation durait, Aurélia a décidé de prendre la pilule et s'y est reprise à deux fois (la première fois son ordonnance ne durait que 3 mois) puis, un an plus tard, elle a à nouveau fait la démarche mais a du mal à penser à la prendre « *surtout lorsqu'[ils] ne se voient pas pendant longtemps* ». Être dans une relation stable est la condition pour prendre la pilule, sinon ce n'est « *pas rentable* » pense Aurélia (elle rapporte le nombre de comprimés au nombre de rapports sexuels et au coût de la plaquette de pilule).

« Parce que bon tu prends pas la pilule pour rien en plus. C'est pas... si c'est pas nécessaire je vais pas continuer à la prendre. J'ai une copine qui prend la pilule depuis 2 ans mais elle est vierge. C'est parce qu'elle avait des boutons. Et puis finalement elle [n']en a plus mais elle continue à la prendre. Ça me fait un peu bizarre de prendre la pilule quand on n'en a pas vraiment besoin » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Au début de la relation avec son « *amant* », ils ont utilisé quelque fois des préservatifs et ont surtout pratiqué le retrait. Elle pense qu'il ignorait qu'elle ne prenait pas la pilule. Aujourd'hui, elle estime avoir « *besoin* » de la pilule, (comme avec son premier amoureux). Elle l'a décidée seule et lui a dit, même si « *ça le regarde pas trop* ». Elle l'oublie fréquemment mais il ne le sait pas. Pour elle, la pilule et la contraception d'urgence sont des « *affaires de femmes* » tandis que le préservatif est une « *affaire d'hommes* » : c'est à eux d'en disposer, à eux d'en utiliser. Quant au retrait, « *c'est à eux de gérer* », sinon « *c'est aux filles de réagir* ». Elle s'est fixée cette répartition des tâches incombant aux hommes et aux femmes au fur et à mesure des événements et de ses relations.

Aurélia a pris à cinq reprises la contraception d'urgence. La première fois, avec son premier amoureux, ils sont allés tous les deux à la pharmacie, ce qui est pour elle un

signe d'attention particulier. « *Lui, il était très... il s'inquiétait beaucoup pour moi... Il était très attentionné* » dit-elle. L'investissement de son amoureux illustre plus largement leur relation amoureuse fondée sur la réciprocité, l'échange et le soutien. Avec ses autres partenaires, « *c'est [elle] qui l'a prise* », seule, parce qu'elle ne les connaissait « *pas assez bien pour leur dire* », ou parce que la relation n'était « *pas assez forte* ». Fondées essentiellement sur les rapports et le plaisir sexuel, ces relations ne pouvaient donner lieu, selon elle, à des discussions sur les méthodes contraceptives en raison de la distance entre les partenaires inhérente à ce type de relation. Il n'était pas « *utile* » de les en informer, car « *ils en avaient rien à foutre* ». Comme pour une méthode contraceptive quotidienne, tant que la relation n'est pas durable et sérieuse, et qu'elle n'est pas « *amoureuse* » ou au moins « *très investie sentimentalement* », Aurélia ne juge pas opportun de prévenir ses partenaires des suites d'un rapport non ou mal protégé. À part son « *premier amoureux* », ses autres partenaires ne se sont pas impliqués dans la gestion de la contraception, son « *amant* » compris, celui-ci lui expliquant qu'il avait « *déjà assez à faire avec sa famille* » et qu'il désirait une relation dénuée de toute complication. Ses partenaires qui lui ont dit « *être restés en [elle]* » l'ont fait selon elle à titre informatif, comme pour lui dire que maintenant cela relevait de sa responsabilité, que c'était à elle d'agir. Et même s'ils font un constat « *d'accident* », les jeunes hommes ne semblent pas se soucier des conséquences, ayant délégué le problème à leur partenaire féminine.

Informé ses partenaires des suites d'un rapport sexuel est une manière, pour Aurélia, de leur accorder une importance démesurée à ses yeux. Leur faire partager sa contraception serait leur ouvrir une partie de son intimité et leur reconnaître une place dans sa vie ; et elle refuse. Mais peu de partenaires « *d'un soir* » cherchent à en savoir plus. L'absence d'intérêt de leur partenaire quand ils sont informés de l'absence de contraception surprend les jeunes femmes. Selon elles, « *ça les arrange de nous faire confiance* ».

« Les mecs, ils savent très bien que si on a un problème, on avortera. Enfin c'est ce qu'ils pensent. Ils se disent jamais qu'une nana peut garder l'enfant. Mais pour ça faudrait déjà qu'ils pensent qu'il peut y avoir un enfant. Et ça déjà c'est un exploit. Nan vraiment moi je serais un garçon je serais hyper flippé qu'une nana me fasse un môme dans le dos. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Ne pas chercher à s'informer sur la contraception c'est d'une certaine manière déléguer l'entière responsabilité des suites du rapport sexuel aux jeunes femmes, ce qui confirme combien la gestion de la fécondité est une « *affaire de femmes* », et d'autant plus dans le cadre de relations éphémères. Se réappropriant l'absence masculine, les jeunes femmes

disent préférer se charger seules de leur biographie contraceptive (au moins sans leur partenaire), estimant que c'est un aspect qui ne concerne pas les « *garçons, surtout ceux de passage* ». En effet, informer un partenaire sur la contraception d'urgence serait prendre le risque de maintenir un lien avec lui et qu'il se sente impliqué dans un domaine personnel et intime qui est celui des femmes. Toutefois, cela permettrait en contrepartie de ne pas remettre en cause le choix du partenaire « [il] *n'était pas si mal choisi* ». L'absence de réaction escomptée dans les relations brèves peut être regrettée dans les relations longues au sein desquelles les jeunes femmes « *se sentent bien* ». Le type de réaction du partenaire suite à un rapport non ou mal protégé peut donc amener les intéressées à réévaluer leur relation amoureuse.

« Vu que j'attends rien de personne, je peux m'en prendre qu'à moi (...). Et puis moi j'estime que la contraception ça regarde que moi. Oui, je fais ce que je veux, si je veux avorter 10 fois ça me regarde. Sauf si c'est avec un mec bien, dont je suis amoureuse et tout, comme Jim. Là il était là. Car on était ensemble. Et on a géré ensemble. Mais avec les autres, non... j'ai vraiment pas envie qu'ils se mêlent de ça... bah c'est ma vie privée. Et puis de toute façon je les emmerde quelque part (rires), c'est mon corps, je fais ce que je veux avec (...). Mon amant lui, il sait pas grand-chose, bon déjà il sait pas que j'ai pris la pilule du lendemain avec lui, je lui ai pas dit. Après, peut-être qu'il s'en doute mais ça m'étonnerait. C'est un truc dont on parle pas. Déjà on n'a pas beaucoup de temps tous les deux alors, tu vois quand on se voit, on profite du temps qu'on a et on profite des bonnes choses de la vie tu vois... » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

Dans les relations relativement éphémères, l'objectif n'est pas la construction d'une relation dans la durée, mais « *de passer du bon temps* » et de « *profiter des bonnes choses de la vie* », chacun ayant à assurer sa protection de son côté : « *on ne peut rien espérer* » d'un partenaire d'un soir, ni des suites de la relation. Cette phrase récurrente dans les entretiens est une forme de protection de soi, que nous appellerons une « protection identitaire », qui permet aux intéressées de relativiser la situation et de se protéger affectivement d'une relation qui pourrait entraîner une remise en question de soi ou une déception amoureuse. En ne faisant aucun « *plan sur la comète* », en s'interdisant presque d'imaginer (d'espérer) des signes affectueux de la part de leurs partenaires, les jeunes femmes disent « *se protéger* ». Les stratégies de protection identitaire ne signifient pas que les jeunes femmes ne connaissent pas de relations amoureuses ou qu'elles ne s'investissent jamais dans les relations, bien au contraire. Face à la difficulté que peuvent représenter les ruptures amoureuses, elles mettent en place des tactiques pour continuer d'avoir des relations à moindre coût relationnel, du moins c'est ce qu'elles tentent de faire.

« Si je dis rien, c'est aussi pour être sûre de pas accorder ma confiance à un mec qui le mérite pas. Je dis pas trop de choses sur moi au début... je me méfie. Parce que quand tu t'es ouverte et tout et que t'as un peu raconté ta vie et que le mec te dit « c'est fini » tu vas pas bien. Alors que quand tu fais pas de plans sur la comète et que tu laisses les choses se faire, ça prend plus de temps, mais toi en échange t'en prends moins plein la gueule. Je peux te dire j'ai essayé. Crois-moi, vaut mieux penser à soi et se protéger car comme on dit, une déception amoureuse, y a rien de pire » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

La protection identitaire est d'autant plus utile lorsque les individus se trouvent à des moments importants de leur construction identitaire. Elle les prémunit contre une remise en question d'acquis parfois encore fragiles car « *une déception amoureuse y a rien de pire* ». Mais cette stratégie de protection de soi fonctionne toutefois imparfaitement dans la réalité. Même si les jeunes femmes essaient de se convaincre de ne rien attendre de la part de leur partenaire, lorsque celui-ci « *ne montre rien* » à la suite d'un problème de préservatif par exemple, elles sont « *déçues* », « *dégoûtées* »⁴. La projection dans l'avenir est une dimension importante de la relation amoureuse. Les jeunes femmes s'imaginent la réaction de leur petit ami dans telle ou telle circonstance. Lorsqu'il ne réagit pas « *comme il aurait dû* », notamment dans la contraception du couple, cela peut être l'occasion de rediscuter de la relation. Dans les relations courtes, les jeunes femmes disposent d'une marge de manœuvre très faible pour faire pression : elles ne peuvent remettre en cause ni la relation ni sa durée (elle arrive à son terme), ni leur partenaire qui n'avait pas prétendu s'investir de quelque façon que ce soit.

« Quand j'ai eu des rapports avec des mecs sans me protéger ni rien, quand j'ai pris la pilule du lendemain c'est que je me disais que là... il pouvait y avoir un risque... Par exemple quand c'était vers le 14^e jour ou sinon quand on faisait l'amour 3 ou 4 fois de suite... Mais bon... Après j'estime que c'était à moi de faire attention... à moi... et bon je peux pas leur en vouloir de pas avoir réagi. (...) L'avantage des aventures, parce qu'il y en a (rires)... c'est que tu gères ta vie toute seule, comme une grande... et ça moi j'aime bien. Je fais ce que je veux avec ma vie, avec mon corps. Au moins là les mecs ils se sentent pas trop de te dire quoi faire et tout (...). En fait on se doit rien. Et bon c'est un peu chacun pour soi quand c'est fini. Mais des fois... faut le reconnaître... c'est un peu dur. » (Aurélia, 20 ans, sans profession)

La gestion de la contraception d'urgence par les jeunes femmes dans le cadre de relations occasionnelles – elles sont seules à s'en occuper – s'explique d'abord par la mise à distance du partenaire et aussi parfois par la faiblesse des engagements des partenaires dans la relation ; alors, les jeunes femmes n'accordent pas la possibilité à leurs partenaires de s'investir dans leur contraception. En éliminant « *par principe* » les partenaires occasionnels de la gestion de la contraception d'urgence, elles s'assurent de

⁴ Être « dégoûté » est à comprendre ici au sens de « démoralisé » et non au sens de « dégoût ».

ne pas être déçues et de ne rien devoir. Elles se garantissent une plus grande liberté de choix et de décision.

Dans le cadre de relations sentimentales au sein desquelles les jeunes femmes sont très investies, le désintérêt du partenaire (réel ou perçu comme tel) pour les questions de contraception et de protection peut remettre en cause jusqu'aux fondements de la relation. À travers les récits d'Aurélie et Delphine, on verra se développer deux cheminements qui les mèneront à se retrouver seules à gérer la contraception d'urgence. Dans une histoire, le partenaire ne se sent pas concerné par cette dimension de la sexualité (la contraception peut alors être vécue comme une responsabilité féminine « *subie* »). Dans l'autre, le partenaire est mis à l'écart par la jeune femme qui se considère comme la seule concernée (on peut alors parler de responsabilité féminine « *choisie* »). Ceci permet de comprendre ce que les jeunes femmes entendent par les « *effets secondaires sur le couple* » entraînés par le recours à la contraception d'urgence. Par exemple, quand dans une relation amoureuse les partenaires s'accordent pour pratiquer le retrait et que le jeune homme n'honore pas le contrat passé en ne se retirant pas à temps, il s'expose à une remise en cause de la confiance accordée jusque-là par la jeune femme et plus largement à un questionnement sur les suites de la relation amoureuse.

« Assumer d'être une femme »

Lorsqu'elle raconte sa biographie affective, Aurélie insiste sur quatre personnes : Johanna, Riad, Idriss et Aurélien. Johanna, une jeune femme, est la première personne dont elle a été amoureuse « *c'est resté platonique, mais c'était très fort* », avec Riad elle a eu « *un coup de cœur* » qui a duré quelques mois, avec Idriss elle a été « *très amoureuse, mais très influencée* » (leur relation a duré un an et demi) et enfin elle sort désormais avec Aurélien, « *[son] chéri actuel* », avec qui elle est depuis un an au moment de l'entretien.

Si elle a connu une vingtaine de partenaires sexuels, ces quatre personnes semblent avoir eu une importance particulière en raison des sentiments qu'elle a éprouvés pour chacune d'elles. C'est avec Riad, Idriss et Aurélien qu'elle a eu ses relations les plus longues et c'est aussi avec eux qu'elle a pris la contraception d'urgence. Aurélie l'a prise quatre fois, d'abord à cause d'une rupture de préservatif, puis parce que « *le retrait a mal fonctionné* », les deux autres fois « *parce qu'il n'y avait rien* » aucune protection, ni contraception. L'analyse de quatre situations d'utilisation de la contraception

d'urgence aura pour objectif de montrer comment la contraception et plus largement la gestion de la fécondité peuvent être considérées comme une responsabilité féminine au sein même de relations amoureuses durables.

Avec Riad ça a été « [sa] *vraie première relation* » dans la mesure où ils étaient officiellement ensemble, et que « *ça a duré* ».

« C'est un mec que j'ai rencontré j'ai eu un coup de cœur en cours d'arts plastiques, j'ai eu un coup de foudre, et je n'osais plus retourner en cours d'arts plastiques j'étais complètement coincée (...). On faisait des choses ensemble, pas que sexuelles non. On échangeait des choses. Oui au début c'était vraiment bien. »
(Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Lycéens, ils habitaient tous deux chez leurs parents. Les occasions pour se voir et avoir des relations intimes n'étaient donc pas nombreuses, d'autant que les parents de l'un comme de l'autre refusaient que leurs enfants aient des relations sexuelles sous leur toit.

« Quand je suis restée deux mois avec Riad, on utilisait la capote pendant les vacances. Il habite chez ses parents j'habitais chez les miens, on se voyait une fois par semaine, donc pas la peine de prendre la pilule, surtout que je fume » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Aurélie et Riad ont toujours utilisé des préservatifs ensemble, méthode la plus adaptée à leur situation puisqu'elle permettait de gérer à la fois la protection et la contraception et qu'elle était liée à l'acte. Ils n'étaient donc pas « *obligés de faire un test de dépistage* » dit-elle, ni de rester « *fidèles* » (peu de temps avant la fin de leur relation, ils ont tous les deux eu des « *aventures d'un soir* » avec d'autres partenaires). Lors d'un de leur rapport sexuel, au milieu de leur relation, ils se sont tous les deux rendu compte que le préservatif avait rompu. N'ayant pas pris le temps de discuter de la contraception auparavant, Riad ne pouvait pas savoir si Aurélie prenait la pilule.

« Il a pas réagi. On l'a vu pourtant tous les deux qu'il y avait plus rien dans la capote. Plus rien. Et il était bien placé pour le savoir (rires). Enfin bon et là bah il m'a juste dit « merde » et voilà. (...) A mon avis il devait penser que je prenais la pilule car j'ai pas pleuré et j'ai pas hurlé. Il a dû se dire, bon à 17-18 ans une fille ça prend la pilule. Bah non ! raté, moi non ! (rires) » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Pour Aurélie, si son partenaire ne s'est pas inquiété « *une seule seconde* », c'est qu'il devait penser qu'elle prenait la pilule « *comme toutes les autres filles* ». Les propos d'Aurélie rappellent ce que le petit ami de Ludivine appelait une « *vraie meuf* » : une jeune femme qui prend en charge sa contraception en utilisant la pilule. Ici la norme contraceptive réapparaît dans l'interprétation de l'attitude du partenaire par la jeune femme. Aurélie n'en a pas tenu rigueur à Riad, elle ne lui a pas dit pour la contraception d'urgence, car il n'y avait aucune raison de « *l'alerter pour rien* ». Cependant, on peut

se demander si Aurélie n'a pas cherché à éviter un conflit avec son partenaire en omettant de lui dire qu'elle ne prenait pas la pilule. De la même manière, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une stratégie d'évitement de la part de Riad, puisque son désintéressement lui permettait alors de ne pas avoir à questionner sa partenaire et surtout lui évitait de se questionner personnellement. En effet, comme le soulignait Christelle Hamel (2002), les logiques sous-jacentes aux comportements de protection ou de non-protection face aux risques d'infection par le VIH sont liées aux normes qui régissent la sexualité. Celles-ci sont le reflet de la fonction sociale attribuée à la sexualité dans la construction et la différenciation des identités de genre. En questionnant la pratique d'un des partenaires, on s'aperçoit que bien souvent elle est liée à celle de l'autre. En éludant le questionnement on évite l'affrontement avec l'autre, la remise en question de la relation, et surtout celle de sa propre attitude vis-à-vis de la contraception et de la protection.

Avec Idriss, l'histoire était différente, puisqu'il refusait d'utiliser des préservatifs prétextant une allergie, ce qu'elle ne croit plus « *avec le recul* ».

« Idriss qui ne supporte pas la capote, je sais très bien qu'il la supportait, après c'est une autre histoire de vouloir la mettre avec ta copine » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Par désir et pour lui faire plaisir, Aurélie a accepté d'avoir des rapports sans préservatif, bien qu'elle ne prenait pas la pilule.

« Il ne supportait pas les capotes, donc sans capote donc gros flippe (...) J'avais très envie et que je ne m'attendais pas à ce qu'il me dise il ne prend pas la capote... Je me suis dis bon est-ce que je lui fais confiance, j'ai quand même pris des risques parce que c'est un mec qui a eu une vie deux fois plus mouvementée que la mienne. » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

L'analyse de Christelle Hamel apporte un éclairage intéressant sur le refus de préservatif de la part de certains jeunes hommes. « Le préservatif risque de faire obstacle à la performance, certains [garçons] préfèrent l'éviter. Outre qu'il diminue le plaisir, il est aussi perçu comme une contrainte qui réduit la « liberté », et donc la « masculinité », puisqu'un garçon se doit d'être libre et indépendant. Autant de facteurs qui font du port du préservatif une préoccupation lointaine, en contradiction avec l'affirmation de la « masculinité », dans un contexte où la sexualité n'est pas si abondante qu'on veut bien le dire » (2002, p.97). Face au refus d'Idriss, ils ont décidé « *d'un commun accord qu'il devait se retirer, même si [elle] préférait avec préservatif* ».

« Je lui disais de faire gaffe. Mentalement t'es pas complètement dans l'acte [lors du retrait], t'as intérêt à faire attention car t'es dans ta lancée. On ne réfléchit pas. J'avais tendance à lui faire confiance, un peu trop confiance par plaisir pour lui. Mais j'avais envie aussi. » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Idriss n'a pas toujours réussi à se maîtriser pour « *se retirer à temps* », se montrant alors « *à peine désolé* » de ne pas avoir respecté l'accord passé. C'est après des retraits qui lui semblaient mal maîtrisés qu'Aurélie a pris deux fois la contraception d'urgence estimant que « *ces fois-là, c'était trop risqué* » par rapport aux autres. Contrairement à d'autres jeunes femmes, Aurélie n'a pas évalué le risque de grossesse du point de vue de son cycle menstruel ou d'une quelconque méthode « *à l'ancienne* », mais plutôt selon qu'elle sentait ou non que son partenaire était allé « *complètement jusqu'au bout* ».

« En fait, deux fois j'ai senti qu'il était allé complètement au bout et j'y ai pensé tout de suite. Je me suis un peu dit, si je fais rien, ça va me porter la poisse (...). En fait pour parler cru, c'était un peu comme si je sentais que là, ça avait été trop profond et que c'était trop risqué. » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Pour Aurélie, faire l'amour « *sans rien* » était une preuve d'amour, de confiance et d'envie de faire plaisir à Idriss. En échange, elle s'attendait à ce qu'il montre un peu plus d'intérêt, de compréhension ou d'inquiétude pour une situation qui aurait pu les amener à faire face à une grossesse.

« Il était pas angoissé outre mesure, même pas du tout en fait. Parce qu'ils sont sûrs d'eux [les « garçons » qui pratiquent le retrait]. J'aurais pu me choper le sida à 2 ou 3 fois. Quand les copines tombent enceintes, ils se disent : je me suis retiré donc tout va bien ! Même pour les mecs les plus intelligents, c'est une mentalité répandue ! » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Cependant, ce dont elle avait le « *plus peur* », c'était du sida.

« Le premier jour on a un peu parlé, je le savais, si il s'est protégé autant que moi avant, ça veut dire qu'il y avait quand même un risque (...). Si si, si mais même ce qui m'a plus angoissée c'est d'avoir le sida qu'être enceinte, même si c'est une souffrance tu peux avorter mais le sida... Dès le lendemain je suis allée prendre la pilule [du lendemain], il y avait un planning familial, juste en bas j'ai eu de la chance. » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

Aurélie n'est pas claire dans son récit, elle prend la contraception d'urgence mais ce qu'elle craint le plus c'est le sida, on peut donc penser qu'elle considère sa démarche comme suffisante et assimile la contraception d'urgence à une protection contre le sida, par commodité. Alors qu'elle doute du passé d'Idriss et de sa protection, elle ne fait pas de test de dépistage, prend la contraception d'urgence et se sent « *rassurée* ». Ses connaissances en matière de contraception et de protection sont aléatoires. Elle sait que la pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles, mais elle est plus

floue à propos de la contraception d'urgence : méthode de rattrapage suite à un rapport non ou mal protégé qui permet de « *réparer les accidents* » selon elle. Par ailleurs, à aucun moment dans l'entretien elle ne fait référence au traitement post-exposition VIH. Aurélie s'attendait à ce qu'Idriss « *réagisse (...) par amour* » mais il n'en a rien été. Elle a dû assumer seule et a eu le sentiment de « *subir* » la responsabilité contraceptive qui impose aux femmes de prendre en charge la gestion de la fécondité. On peut se demander si pour les jeunes hommes, accepter de se sentir concerné par la contraception c'est prendre le risque de perdre un peu de leur « virilité », de se féminiser dans la mesure où la contraception est considérée comme « *une affaire de femmes* » (aussi bien par les hommes (Hamel, 2002) que par les femmes). De ce point de vue, il ne peut y avoir de partage des tâches contraceptives ni des responsabilités, puisque la jeune femme est considérée comme la seule responsable de la contraception. Ceci conduit à s'interroger sur l'usage du préservatif par les jeunes hommes. On peut se demander s'il ne s'agit pas plus de *se* protéger que de protéger leur partenaire, puisqu'en cas d'« *accident* », ceux-ci refusent toute forme de responsabilité, « *il faut que tu fasses quelque chose* ». Ce désengagement peut amener à une réévaluation de la relation. Si une relation amoureuse doit donner lieu à un rééquilibrage permanent de l'investissement de chacun des partenaires lorsqu'il y a une forme de décalage entre les concessions de l'un et l'investissement de l'autre, cela crée des tensions qui jouent en faveur d'une séparation du couple. Dans le cas d'Aurélie, le déséquilibre est trop fort, et rien ne permet plus de rétablir un juste milieu, elle parle donc de leur « *rupture* » comme d'un « *effet secondaire* » de la contraception d'urgence, reprenant à son compte les termes du vocabulaire médical.

« En fait ça a été un bon test la pilule du lendemain quand j'y repense. Car Idriss a tellement pas assuré, il s'est tellement pas senti concerné genre « ouais mais bon c'est toi la meuf, c'est toi qui sait » et tout qu'après la deuxième fois ça a été très vite. (...) Ouais on a rompu peu de temps après. C'est con mais c'est comme ça ! Ça m'a tellement énervée qu'il réagisse pas que bon... Tu vois tu demandais si j'avais eu des effets secondaires, bah oui finalement oui ça a été un effet secondaire...(rires) » (Aurélie, 20 ans, étudiante en DEUG de cinéma)

L'analyse de la gestion « seule » de la contraception d'urgence d'Aurélie avec Riad et Idriss souligne combien un événement lié à la contraception peut remettre en cause l'ensemble de la relation et amener les partenaires à reconstruire leur vécu. Cette reconstruction des relations antérieures en tenant compte de la manière dont elles se sont achevées prend la forme d'une stratégie de protection identitaire. Recoder une relation *amoureuse* en relation « *moins importante* » du fait de la « *trop faible* » ou

« *trop fragile* » participation de leur partenaire dans la biographie contraceptive, c'est chercher à composer sa biographie affective d'événements « positifs » dont les jeunes femmes sont « *heureuse[s] de se souvenir* ». Cette reconstruction de la biographie amoureuse offre la possibilité aux individus de ne pas questionner leurs choix amoureux, une déception affective étant moins lourde de conséquences du point de vue identitaire lorsqu'il s'agit d'une relation brève, ou jugée sans importance.

Le déséquilibre entre attentes et pratiques génère des questionnements et éventuellement une réévaluation de la relation. Même si les jeunes femmes adhèrent à la norme contraceptive et s'accordent bien souvent à dire que « la contraception est une affaire de femmes », beaucoup souhaitent que leurs partenaires se sentent davantage concernés « *car on ne tombe pas enceinte toute seule* ». Il semble que le recours à la contraception d'urgence est l'occasion d'évaluer la relation amoureuse et l'investissement du partenaire ; les jeunes femmes faisant alors des projections sur ce que serait la réaction du partenaire « *si c'était plus grave* », comme le serait l'annonce d'une grossesse non prévue ou un avortement. En déléguant d'office la gestion de la contraception aux femmes, les partenaires prennent le risque d'engager une rupture prématurée, leur attitude venant se heurter aux représentations féminines du « *mec bien* ». Cependant, la gestion seule de la contraception d'urgence n'est pas à entendre uniquement du point de vue du désistement du partenaire dans sa participation à la contraception. Certaines jeunes femmes ont revendiqué le droit de pouvoir se « *débrouiller seules* », la contraception n'étant pour elles pas de la responsabilité, ni du ressort de leur partenaire bien qu'elles soient dans des relations longues et amoureuses.

Mettre à l'écart son partenaire

Julia a eu recours à la contraception d'urgence « *environ une dizaine de fois* », avec deux de ses partenaires dont elle a été « *très amoureuse* ». À chaque fois, la contraception d'urgence a été utilisée suite à un rapport sexuel « *sans rien* », car ils ne disposaient jamais de préservatifs au bon moment. Contrairement à Aurélie, ce n'est pas parce que ses partenaires n'en avaient pas envie, mais parce qu'il n'y en avait pas.

« Dans le feu de l'action, c'est dur de s'arrêter, de se rhabiller, et d'aller chercher des préservatifs dans toute la ville... surtout en plein milieu de la nuit (rires). »
(Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

À chaque fois, Julia a été acheter sa contraception d'urgence seule ou avec des ami(e)s ; jamais avec ses « *amoureux* ».

« Dès fois je vais l'acheter avec quelqu'un, si je suis avec un pote bah j'y vais si j'en ai besoin quoi... Enfin j'irais pas avec tout le monde. Mais là je sais que la dernière fois j'y suis allée avec un copain, et bon la pharmacienne elle a cru que c'était lui le père ! Enfin le père, le mec avec qui j'avais soi-disant couché (rires). Alors que c'était pas du tout lui... Mais avec des bons copains ouais. Mais parce que sur le moment je suis avec eux, et qu'il y a la pharmacie à côté et que je fais « Vas-y attend il faut que j'aille acheter un truc à la pharmacie et puis voilà » » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Sous une revendication d'ouverture et de liberté de choix, Julia met au point une stratégie qui lui permet de ne pas se dévoiler complètement lorsqu'elle se rend en pharmacie pour se procurer la contraception d'urgence. Elle n'y va pas avec n'importe quel proche et ne précise pas toujours à l'accompagnant pourquoi elle se rend à la pharmacie : elle va acheter « *un truc* ». La première fois qu'elle a pris la contraception d'urgence, Julia en a informé Philippe, son premier amoureux, et lui a donné les détails de ce qu'elle ressentait, contrairement aux fois suivantes. À Sofiane, son « *second amoureux* », elle a dit qu'elle avait déjà pris la contraception d'urgence la fois où ils ont parlé de la contraception (avant d'avoir des rapports sexuels). Selon elle, les questions sur la contraception/protection peuvent se poser lorsqu'on cherche à en savoir plus sur l'autre ; chacun se raconte plus en détails avant d'avoir un rapport. Mais « *trop s'ouvrir (...) ce n'est peut-être pas une si bonne chose* » dit-elle, puisqu'elle se demande si le fait de l'avoir dit et de l'avoir déjà prise a eu des conséquences sur la réaction et l'investissement de ses amoureux dans sa contraception.

« Mais bon du coup peut-être qu'ils se sont dit que vu que je l'avais déjà prise, je pourrais la reprendre... Mais bon... » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Lorsque les jeunes femmes dévoilent le détail de leur biographie contraceptive où apparaît une première prise de la contraception d'urgence, leur partenaire semble alors avoir l'assurance qu'en cas de nécessité, la jeune femme sait et donc saura réagir seule. Comme si une jeune femme qui a déjà pris la contraception d'urgence la prendra forcément une seconde fois. On peut s'interroger sur l'image que les jeunes hommes se construisent des jeunes femmes ayant utilisé cette méthode contraceptive et notamment sur leur conviction que l'événement est potentiellement à répéter.

Julia a été déçue de la réaction de Philippe et de Sofiane, qui ne se sont pas senti concernés « *plus que ça* » par « *la petite galère* », même si elle ne les a guère impliqués (craignant peut-être de renforcer leur désengagement). Philippe, avec qui elle est restée

le plus longtemps (plusieurs années) a d'ailleurs plusieurs fois suggéré qu'elle ne fasse rien après un rapport *sans rien*, espérant avoir un enfant avec elle (qui n'en voulait pas).

« Je serais tombée enceinte, ça l'aurait pas tant fait chier que ça. Donc lui pas trop... Philippe, il voulait un bébé. Quelque part il savait très bien que j'allais la prendre. Mais c'était genre « Tu l'as prise ? » « Ouais je l'ai prise » « Bah t'aurais peut-être pu... ». Pour lui, y a eu plusieurs fois... peut-être pas tout le temps, mais où il aurait bien aimé que je la prenne pas » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Le désir d'enfant de Philippe peut en partie expliquer pourquoi il ne s'informait pas des suites du rapport non protégé, voire cherchait à dissuader Julia d'utiliser la contraception d'urgence. Mais ni Philippe ni Sofiane ne pourraient dire combien de fois elle a pris la contraception d'urgence avec eux. Elle ne le leur a pas dit à chaque fois, choisissant de se « *débrouiller seule* » pour se la procurer et la payer.

« Bah en fait je pense que Philippe m'en veut que je l'ai prise plusieurs fois [la contraception d'urgence]. Oui parce que quand même il m'a dit qu'il voulait qu'on ait un enfant(...). Sofiane, quand je lui ai dit que j'avais déjà pris la pilule du lendemain, c'est un peu comme si... Il m'a plus regardée pareil vraiment. Comme si avec moi, tout pouvait être un peu à la légère parce que j'en parlais facilement. Alors que pour lui, c'est des choses cachées qu'il faut pas dire. (...) Lui il m'a toujours dit qu'il était contre l'avortement et alors quand j'ai pris la pilule du lendemain avec lui je lui ai pas dit... Sinon je pense qu'il m'en aurait voulu. Après en réfléchissant il aurait pu se douter qu'en utilisant rien [comme contraception/protection]... y avait des miracles pour que je sois pas enceinte. » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

En mettant à l'écart ses partenaires, elle se protège de l'« *influence négative* » qu'ils pouvaient l'un et l'autre avoir sur elle et qui aurait pu l'amener à ne pas prendre la contraception d'urgence : Philippe voulait un bébé et Sofiane assimilait la contraception d'urgence à un avortement. La confusion de Sofiane entre contraception d'urgence et avortement (qui peut s'expliquer d'une part par sa méconnaissance de la contraception féminine et d'autre part par les préceptes religieux – que l'on retrouve autant dans l'Islam que dans la Chrétienté – sur ce sujet) aide à comprendre le raccourci qu'il fait en pensant qu'une jeune femme qui utilise plusieurs fois la contraception d'urgence a, d'une manière « un peu plus douce », avorté plusieurs fois. C'est donc une jeune femme peu soucieuse de sa santé et d'une certaine manière une « *fillette facile* ». Avoir recours plusieurs fois à la contraception d'urgence peut amener les jeunes hommes à remettre en question la féminité de leur partenaire, celle-ci étant marquée par la capacité à enfanter, à se « *préserv* » (et donc à avoir une certaine morale restrictive) mais aussi par les caractéristiques du soin et du souci de soi. Les dimensions physiologiques, morales et sociales sont alors étroitement liées. Comme le souligne Irène Théry, « être une vraie

femme, c'est non seulement avoir un corps désirable et beau, avoir un corps sain, accueillant et prolifique, mais c'est aussi avoir un corps qui soit un bien rare sur le plan sexuel » (Théry, 1999, p. 116). Ces « spécificités » de la féminité peuvent se transformer en contraintes pour les jeunes femmes et les conduire à taire leurs utilisations multiples de la contraception d'urgence.

Pour Julia, « *on n'est jamais mieux servi que par soi-même* » et c'est à ce titre qu'elle décide de prendre en charge, seule, sa contraception puisque selon elle « *on ne peut rien attendre des hommes* » et surtout « *il [ne] faut rien attendre* » d'eux.

« Les hommes, en vrai tu peux pas trop compter sur eux. Je te le dis sincèrement. Non tu peux pas. Et puis quand t'es enceinte, bah c'est à toi de réagir. C'est à toi de décider ce que tu fais, de prendre des rendez-vous et tout. Donc moi je trouve ça normal que ça soit à toi de choisir ce que tu fais avant » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d'histoire)

Julia s'est réapproprié le discours masculin qui veut que si elle tombe enceinte, ce sera à elle d'en assumer les conséquences (grossesse ou avortement). En s'appropriant le discours masculin, elle cherche à donner une certaine cohérence à ses pratiques. Si ses partenaires n'ont pas été informés de la contraception d'urgence, ce n'est pas parce qu'ils refusaient celle-ci, mais parce que ce n'est pas leur vie, « *c'est une affaire de femmes* » dit-elle. En mettant à distance ses partenaires, Julia ne prend pas le risque de remettre en cause ses relations. Pour elle, la contraception d'urgence est une manière d'imposer à ses partenaires une méthode de contraception qui, même si elle est postérieure au rapport sexuel, n'est à la charge que de la jeune femme. En ne leur demandant aucune participation financière, elle revendique une autonomie dans la décision et se protège d'un quelconque moyen de pression par la suite. Elle le fait, elle assume, c'est son choix et il n'est pas soumis à discussion. Dans sa pratique, la contraception d'urgence ne résulte pas d'une négociation entre elle et son partenaire, mais davantage d'une négociation avec elle-même puisqu'elle cherche à évaluer l'exposition au risque de grossesse afin d'utiliser ou non la contraception d'urgence (c'est suite à une « *erreur de calcul* » qu'elle a été enceinte à 19 ans, puis a avorté). Quant au sida, on retrouve dans son discours le recours à des protections imaginaires comme l'idée que l'amour préserve du risque et que si l'on est amoureux on ne peut pas être atteint par le sida. « Si pour l'épidémiologie, une telle tactique peut sembler irrationnelle parce qu'inefficace, elle est tout à fait logique pour l'individu. En réalité, mais à sa manière, il ne fait qu'utiliser un des principaux « commandements »

préventifs : éviter d’avoir des contacts non protégés avec une personne contaminée » (Mendes-Leite, 1995, p. 93).

Cet exemple souligne que lorsque le jeune homme est exclu de la gestion de la contraception « *par principe* » et dès le départ, cela ne facilite pas son implication par la suite et rend contradictoire toute réaction de déception des jeunes femmes. Ces dernières se garantissent d’être autonomes de leurs petits copains, bien qu’elles soient dans une relation amoureuse dans laquelle elles sont très investies et de laquelle elles attendent une vraie réciprocité. Cette configuration souligne une séparation des domaines d’action dans lesquels chaque partenaire est performant et maître du jeu : si c’est aux jeunes hommes d’avoir un préservatif et de le mettre, c’est à la jeune femme que revient la responsabilité contraceptive et c’est à elle seule de prendre la décision d’utiliser ou non la pilule et/ou la contraception d’urgence ou d’avorter. Aussi, disposer seule de la décision de procréer ou non est l’occasion pour les jeunes femmes d’acquérir un certain pouvoir de domination au sein de leurs relations (qui pourtant sont bien souvent représentées comme égalitaires). Julia se sert de sa contraception pour s’imposer car elle « *sait que ça leur fait peur* » dit-elle, même si finalement dans le même temps elle aimerait que Philippe ou Sofiane s’investissent.

« Des fois je me dis quand même que j’aurais bien aimé que Philippe me pose des questions sur ma contraception... Sur ce que je faisais après les rapports et tout. Oui j’aurais eu l’impression d’avoir une relation plus saine, enfin non pas plus saine mais peut-être plus normale... euh... Enfin ouais j’aurais eu l’impression qu’il faisait plus attention à moi quelque part... » (Julia, 20 ans, étudiante en DEUG d’histoire)

À travers les propos de Julia on comprend combien il peut y avoir de « tension entre l’affirmation d’un moi autonome et la formation de zones communes » (Singly, 1995, p. 169). En effet, « seule la personne conserve la totalité de ses propriétés personnelles, son corps notamment, mais – et c’est le paradoxe de la relation – la sensation positive associée à cette autonomie, à cette propriété, naît principalement lorsqu’il y a renoncement provisoire, lorsqu’il y a alternance entre un soi personnel, défendu en tant que tel et un soi partagé . L’autonomie est valorisée, non la solitude » (Singly, 1995, p. 169).

Lorsque les jeunes femmes gèrent seules la contraception d’urgence, ce n’est pas sans conséquences sur la relation affective, qu’elle soit occasionnelle ou durable. Même s’il semble que les attentes des jeunes femmes soient moins fortes envers leurs partenaires

d'un soir ou d'un moment qu'envers ceux dont elles sont amoureuses (lorsqu'elles ont des relations « *longues* » et « *durables* », elles rappellent l'importance de la reconnaissance des deux membres du couple, l'authenticité, la réciprocité des sentiments et le respect mutuel). Aussi, comme le rappelle Anselm Strauss, « on constate souvent un décalage entre ce que nous attendons des autres et leurs réactions, ce décalage nous oblige à réajuster notre comportement eu égard aux manifestations non équivoques de l'entourage quant à nos actions » (Strauss, 1992, p. 38). Selon le type de relation engagée, les jeunes femmes n'ont pas les mêmes attentes, les mêmes exigences envers leurs partenaires. Ce qui peut paraître « normal » pour un partenaire occasionnel (considérer que la contraception d'urgence est une affaire de femme) ne l'est plus aussi facilement pour un partenaire régulier, un petit ami. Dans le contexte d'entrée dans la vie sexuelle active et des débuts de la biographie contraceptive, les jeunes femmes sont à la recherche d'un « *partenaire idéal* » et cherchent à être des partenaires idéales. En reprenant l'expression « *vraie femme* », utilisée par plusieurs enquêtées, on comprend qu'une femme doit savoir faire face aux difficultés, gérer seule sa contraception pour ne pas « *embêter son petit ami avec des histoires de filles* ». Autrement dit, une partenaire idéale ne doit pas poser de problème à son partenaire. Ceci met en évidence la difficulté pour les individus de réussir à gérer les tensions entre ce qu'ils aimeraient comme réalité, ce à quoi ils aspirent (un couple égalitaire) et la réalité telle qu'elle est, telle qu'ils la vivent (la contraception est une affaire de femme). Les jeunes femmes doivent composer leur identité avec des contradictions. Tandis que d'une part notre société valorise l'égalité entre les hommes et les femmes et que les éléments essentiels du scénario amoureux sont l'authenticité et la réciprocité, la contraception reste d'autre part un domaine essentiellement féminin, ce qui implique une gestion féminine de la fécondité. L'écart entre ces normes n'aide pas les jeunes femmes à donner un sens à leurs pratiques et une cohérence à leurs biographies affective, sexuelle et contraceptive.

Comme les représentations du partenaire idéal comportent une dimension d'échange, de compréhension mais aussi de compassion, celles qui ont géré seules la contraception d'urgence cherchent bien souvent à minimiser le désinvestissement de leurs partenaires et mettent l'accent sur ce que cela leur a permis de se prouver : elles retournent la situation à leur avantage. Le regard porté sur elles (par leurs proches, leurs partenaires) change et cela leur apporte de l'assurance. De cette manière on observe à la fois dans le récit des pratiques et dans la situation d'entretien que les jeunes femmes font tout pour

« garder la face » au sens où l'emploie Erving Goffman (1973a [1959]), dans la mesure où elles veulent confirmer leur image, leur identité, à travers le regard de l'autre, de leur partenaire. En conséquence, parvenir à « garder la face » dans une situation, offre aux jeunes femmes une occasion de s'affirmer. Ainsi, vouloir tirer les bénéfices d'une situation a priori considérée comme peu avantageuse (se retrouver seule à gérer un « échec » ou un « raté » contraceptif) devient une stratégie pour les jeunes femmes, stratégie qui leur permet de ne pas se sentir sous la domination de leurs partenaires. Elle s'offrent là une vision positive d'elles-mêmes, comme seules maîtresses de leur destin et capables de faire face à des préoccupations de femmes ; confirmant de ce fait leur appartenance de genre. Dans la construction identitaire des jeunes femmes, l'intériorisation partielle des droits et des devoirs des partenaires à l'égard de la sexualité et plus précisément de la contraception a pour conséquence un renversement de la domination masculine à leur avantage. En normalisant la gestion des différents types de méthodes contraceptives uniquement par les femmes, les enquêtées renversent l'interprétation en terme de domination masculine, puisque l'on peut repérer une certaine dynamique d'appropriation des choix de leur vie (même s'il est possible dans le même temps de comprendre que la plupart de celles étant en relation amoureuse aurait espéré un investissement même minimal de leur partenaire). Il s'agit de reconstruire la réalité à leur avantage pour poursuivre le processus de construction identitaire. La contraception d'urgence ne constitue pas une rupture biographique mais peut prendre une importance particulière selon qu'elle est vécue comme une « épreuve » ou une « expérience ». La gestion relationnelle d'une telle méthode peut de cette manière avoir des conséquences identitaires. D'après Geneviève Paicheler (1995), il existe différentes utilisations du préservatif qui visent soit à mettre le partenaire à distance, soit à l'engager plus dans la mesure où l'usage du préservatif n'est jamais indépendant des stratégies relationnelles. En poursuivant ce raisonnement, il semble que la contraception d'urgence soit, au-delà d'une méthode contraceptive de secours, une manière de poser la question de la gestion de soi-même et de sa relation à l'autre. La dimension relationnelle est de ce point de vue primordiale.

2. L'INTENSITE DU LIEN AMOUREUX REVELEE PAR LA PARTICIPATION DU PARTENAIRE DANS LA GESTION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Nous avons vu dans la première partie de ce chapitre comment le choix de recourir à la contraception d'urgence par la jeune femme pouvait avoir des conséquences sur l'histoire amoureuse ou sur la relation sentimentale, mais aussi sur la jeune femme elle-même. Nous avons vu comment le désinvestissement « *subi* » ou « *choisi* » du partenaire pouvait avoir pour conséquence l'établissement d'une distance dans le couple, et donner lieu à une spécialisation de domaines de compétences attribués à chacun.

Le partage des responsabilités est le suivant : au jeune homme revient l'utilisation du préservatif (pour assurer une certaine protection), à la jeune femme revient la gestion de la fécondité et par conséquent de la contraception (contraception d'urgence incluse). Le contexte relationnel dans lequel survient l'utilisation de la contraception d'urgence a, on l'a vu, une véritable importance pour comprendre les décisions et les manières de gérer la situation. En persistant dans l'idée que la contraception d'urgence peut contribuer à révéler une dimension de la relation affective, nous verrons comment elle participe à affirmer ou à confirmer l'intensité du lien amoureux. À l'inverse de la section précédente, on s'intéressera à présent aux jeunes hommes qui se sont impliqués dans la contraception de leur partenaire. On verra ainsi comment l'investissement du partenaire masculin peut modifier les suites de la relation affective, lui donner une nouvelle direction et modifier les souhaits et attentes des deux partenaires.

Partager les conséquences

L'analyse de la gestion solitaire de la contraception d'urgence a permis de constater combien il pouvait paraître « *évident* » ou « *normal* » aux jeunes femmes que leur partenaire ne s'investisse pas dans leur contraception à partir du moment où la relation n'était pas conçue pour durer. L'idée qu'il faut « *attendre moins* » d'un partenaire occasionnel que d'un partenaire « *régulier* » revient régulièrement, « *on ne peut pas avoir les mêmes exigences* » explique Nadia. Les domaines de spécialisation de chacun des partenaires sont *a priori* établis (aux hommes la protection, aux femmes la contraception). Or, nous verrons dans les cas suivants comment la situation est

renégociable ou comment les jeunes hommes peuvent « empiéter » sur un domaine qui n'est pas censé être le leur.

Ceci amènera à saisir combien l'engagement du partenaire dans la contraception/protection est un des critères du « *mec bien* ». On comprendra alors la « *surprise* » de certaines jeunes femmes lorsque leur partenaire s'est soucié d'un rapport non ou mal protégé alors qu'ils ne se connaissaient « *que depuis peu de temps* ». En effet, lorsqu'il est question de la contraception d'urgence dans les relations brèves, les jeunes femmes s'attendent ou doivent s'attendre (d'après les normes du groupe de pairs et les discussions entre copines) à gérer seule la contraception d'urgence. Or pour une minorité de jeunes femmes rencontrées, cela n'a pas été le cas. Elles ont dû, à l'instar de Nadia, composer avec la présence d'un partenaire avec qui *a priori*, cela ne devait pas durer. On l'a vu, dans le cadre d'une relation occasionnelle (construite sur le mode du plaisir de l'échange et du désir du rapport sexuel momentané), la « réaction type » (ou réaction attendue) est celle d'un jeune homme assez distant voire absent, pour qui s'occuper de la contraception ne fait pas partie de ses engagements ni de ses responsabilités. Dans ce contexte, chacun doit d'abord veiller à sa propre protection/contraception. Lorsque ce n'est pas le cas et que l'un s'intéresse aux « affaires » de l'autre, cela peut conduire à une redistribution des cartes de la relation, comme on le verra à travers l'exemple de Nadia. L'investissement du jeune homme dans la contraception de sa partenaire peut, par exemple, être interprété comme une valorisation de la relation ou une intrusion dans un domaine qui ne relève pas de sa responsabilité.

Très peu de temps après son premier rapport (22 ans), Nadia a eu une relation « longue », durant près de deux ans. Ce jeune homme fut « [son] *premier amour*, [sa] *première déception*, [sa] *première dépression* » dit-elle. Après cette relation amoureuse très intense et une rupture « *très dure* », Nadia a rencontré deux jeunes hommes pour « oublier ». Avec eux, seul le préservatif était utilisé (elle avait arrêté sa pilule au moment de sa rupture amoureuse). Avec Thomas (le second), elle cherchait un partenaire « *pour réussir à [se] détacher de l'autre* » et n'imaginait pas recommencer une relation durable. Elle souhaitait « *profiter de sa jeunesse* » avec lui, sans s'investir, « *pour souffler* ». Ils se rencontrent puis flirtent, ils ont un premier rapport sexuel au bout de la première semaine.

« Avec lui, je l'ai fait tout de suite. Je sais pas pourquoi en fait. Mais bon... j'avais envie. Et puis c'était un peu pour me dire que je pouvais le faire après l'autre. Que

j'étais enfin capable d'avoir des rapports sexuels et tout... En fait, c'était pour me montrer à moi-même que je pouvais refaire ma vie.(...) Bon après j'avoue, j'avais pas du tout envie d'avoir une vraie relation où tu dois rendre des comptes et tout. Non, je voulais profiter de ma jeunesse et me reposer... Un peu en faire qu'à ma tête en fait (rires). » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Le désir d'avoir un rapport sexuel dénué de sentiments amoureux était nouveau pour Nadia. Elle s'essayait à avoir de nouvelles pratiques et à minorer l'importance des sentiments dans une relation, cherchant avant tout à se prouver qu'elle était encore capable de plaire et d'avoir des partenaires.

« Au début c'était surtout pour le sexe en fait. Je voulais comme on dit « entretenir la machine » (rires gênés) ! » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Ne pas avoir à rendre de comptes est l'un des avantages d'une relation brève, contrairement à sa relation précédente au cours de laquelle elle devait justifier son emploi du temps auprès de son partenaire. Avec Thomas, ils utilisent des préservatifs d'abord pour se protéger des IST « *car on se connaissait pas* », mais le fait que Nadia ait arrêté sa pilule en même temps que sa relation amoureuse le rendait d'autant plus nécessaire. Le préservatif est alors utilisé comme méthode de protection et de contraception. Leur vie sexuelle prenait plus d'importance que leur vie sentimentale. Toutes les occasions étaient bonnes pour passer un tendre moment ensemble. Lors de leur troisième rapport sexuel, ils n'utilisent pas de préservatif « *sous le coup de la pulsion* », comme si le désir sexuel était plus grand que le désir de se protéger. Après le rapport, dans les heures qui ont suivi, ils parlent de la contraception d'urgence (elle l'avait déjà prise une fois auparavant).

« Il [Thomas] supportait pas cette période, ça lui faisait peur. C'était un mauvais moment. C'était un moment où on se connaissait pas encore totalement, à une période où fallait encore mettre des préservatifs et tout donc... Et puis lui ça l'énervait et c'était pas quelque chose dont il voulait entendre parler de pilule et tout, d'avoir des craintes... Moi je flippais d'être enceinte, et puis lui aussi il flippait que je sois enceinte quoi. Donc moi je suis allée me procurer la pilule du lendemain et je l'ai prise deux fois en fait ! Ça m'est arrivé deux fois ! Et la première fois il a voulu m'accompagner. Il m'a accompagnée jusqu'à la porte de la pharmacie, (rires) il m'a proposé de rentrer. Mais j'ai pas voulu parce que je voulais être toute seule pour demander ma pilule quoi... Et puis de toutes manières il aurait été que passif, vu que la première fois ça s'était passé comme ça, donc... et la deuxième fois je me la suis procurée toute seule... » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Si Thomas ne voulait pas « *avoir de craintes* », Nadia non plus. Ils désiraient tous deux avoir une relation « *légère* », sans complications. Or, dès leur troisième rapport, « *les choses devenaient compliquées* », en raison de l'absence de préservatif. Nadia a envisagé de prendre la contraception d'urgence, ce qui lui paraissait d'autant plus

indispensable qu'elle « *flippait d'être enceinte* » et qu'elle est opposée à l'avortement. Sans contraception d'urgence, elle se voyait déjà dans l'obligation de mener à terme une grossesse non prévue si le cas se présentait. Ignorant le passé sexuel de l'autre, Nadia et Thomas ont été amenés dès le début de leur relation à parler de contraception et de protection.

Suite à ce rapport non protégé dont ils « *se sentaient tous les deux responsables* », Nadia a décidé de prendre la contraception d'urgence, Thomas souhaitant quant à lui l'accompagner dans sa démarche, au moins jusqu'à la pharmacie. Le fait que Thomas s'investisse dans la contraception d'urgence en lui proposant de l'accompagner a surpris Nadia. Même si elle estime qu'il était « *passif* » au moment de se procurer la contraception d'urgence, puisque c'est elle qui est entrée dans la pharmacie pour demander le produit et que c'est elle qui l'a prise, Thomas a malgré tout été « *actif* » dans sa présence post-contraception d'urgence (contrairement à son partenaire précédent qui lui, ne s'était soucié de rien).

« *Pour lui [l'autre partenaire] c'était ma vie, mon truc, ma merde quoi... Si la capote avait lâché, c'était comme ça. Mais lui, il voyait pas du tout en quoi il pouvait être concerné ! C'était du délire ce mec ! Avec le recul j'hallucine d'être sortie avec un mec comme ça ! Surtout à côté de Thomas qu'a eu trop peur. Je vois bien le décalage !* » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Nadia s'attendait à ce que Thomas fuie face au problème, qu'il la laisse le gérer seule. Or ça n'a pas été le cas. Il s'est tenu informé à toutes les étapes, jusqu'au retour des règles. L'attitude de Thomas a conduit Nadia à redéfinir sa relation. Alors qu'elle aurait pu reconsidérer sa vision de la « *réaction type* » du partenaire occasionnel, elle a préféré revoir les fondements de sa relation avec Thomas, qui devait être initialement sans lendemains. Avec lui, elle disposait de « *la preuve* » qu'il se sentait concerné, il l'a accompagnée devant la pharmacie, lui proposant même d'entrer, de demander et de payer. En questionnant des « *amies filles* » de son côté, Thomas montrait à Nadia qu'il n'avait « *pas honte* » de la situation et qu'il se sentait responsable de ne pas avoir utilisé de préservatif. Dans cet exemple on voit que ce qui aurait pu remettre en question la masculinité de Thomas, lequel se préoccupait des « *choses de filles* », a finalement eu l'effet inverse. Pour Nadia, il était un « *homme bien finalement* » qui prenait soin d'elle, en qui elle pouvait dorénavant avoir confiance.

« *Et puis le fait de prendre la pilule du lendemain et qu'on soit obligés de se dévoiler plus sur le passé et tout, ça a tout changé.* » (Nadia, 24 ans, étudiante en DEA de sociologie)

Cet événement a été source d'angoisse et donc de tensions. Ils craignaient tous les deux la venue d'une grossesse qu'ils ne désiraient pas. Cela les a amenés à discuter de leur passé, de leurs relations antérieures. La contraception d'urgence a été l'occasion d'une plus grande ouverture de l'un pour l'autre. Pour se rassurer mutuellement sur l'exposition au sida, ils se sont sentis obligés de se raconter leur passé sexuel et contraceptif. Se connaissant très peu, ils se sont laissés aller à des confidences, ce qui les a finalement rapprochés. L'utilisation de la contraception d'urgence a eu un effet positif dans leur relation, cela les a conduits à se « dévoiler », à se faire confiance.

Cependant, même si « toute relation exige une modification dans la définition de la propriété des territoires, (...) il reste à définir, pour les parties concernées, toujours au moins deux dimensions : la relation entre les territoires personnels qui deviendront communs pour l'homme (la femme) et pour la femme (l'homme), et la durée de la propriété commune, de l'accès à l'autre sur le territoire "personnel" qui est mis provisoirement à disposition » (Singly, 1995, p. 18). La présence de Thomas dans la vie de Nadia a toutefois été « trop » rapide, selon elle. Pour cette raison, elle a pensé à rompre, estimant qu'il empiétait trop rapidement sur son territoire personnel : il appelait tous les jours, venait la chercher à la sortie de son travail pour être sûr que tout allait bien, s'informait sur ses pertes et sur ses règles, voulait s'assurer qu'elle n'était pas enceinte. Pour Nadia, la réaction de Thomas au moment du rapport non protégé et son désir de s'investir dans sa contraception sont allés « trop vite. Il a brûlé des étapes » dit-elle. L'ouverture à l'autre et la confiance sont des processus qui mettent du temps à s'installer dans une relation, et la contraception, qui jusqu'alors était le domaine exclusif de Nadia, devenait une préoccupation de couple à partager (ce qu'elle n'avait jamais fait avant d'autant que ses parents ignorent tout de sa vie sexuelle). En se tenant au courant de ses règles mais aussi de ses rendez-vous médicaux (gynécologue), Thomas a bousculé le quotidien de Nadia, « *présent du jour au lendemain dans [sa] vie à 300 %* ». Par son attention lors du recours à la contraception d'urgence, il est passé de « partenaire temporaire » à « petit copain possible », et ce contraste a d'abord fait peur à Nadia puis l'a finalement décidée à s'engager davantage dans la relation et à donner sa chance à Thomas. « *Ça a tout changé* » dit-elle.

La semaine suivante, lors de leur « *cinquième rapport, le préservatif a craqué* » raconte-t-elle. Ce qui était passé pour un « *accident de parcours* » la première fois se répétait, une autre méthode contraceptive alternative au préservatif devenait alors indispensable. Très présent lors de la seconde utilisation de la contraception d'urgence,

on peut se demander si Thomas ne cherchait pas d'une certaine manière à contrôler sa partenaire et s'assurer qu'elle prendrait toutes les dispositions pour ne pas être enceinte. En l'accompagnant devant la pharmacie, en la questionnant, il s'informait au quotidien des suites de « *leur échec* » de contraception. Après deux recours au Norlevo® dès les deux premières semaines de leur relation, ils ont « *décidé de ne plus avoir peur* ». Nadia a repris la pilule (qu'elle avait interrompue après la fin de sa longue relation amoureuse) le mois suivant. Quant aux infections sexuellement transmissibles, cela leur semblait loin à présent, comme si l'amour préservait du risque : si l'on est amoureux on ne peut pas être atteint (par le sida).

Ces gestions de la contraception d'urgence par le couple et la présence particulière du partenaire masculin dans ce domaine a priori délégué aux femmes a transformé la relation initiale. Alors qu'ils envisageaient tous deux que la relation ne dure que quelques jours, finalement plusieurs mois se sont écoulés.

Les cas comme Nadia sont rares dans nos entretiens, la plupart du temps en effet, les jeunes femmes n'informent pas leurs partenaires occasionnels, et ces derniers ne cherchent pas à en savoir davantage. Réciprocité et authenticité ne sont pas primordiales dans le cadre de relations uniques ou occasionnelles. Le récit de Nadia a été l'occasion de montrer comment la contraception d'urgence pouvait avoir des effets sur une relation affective a priori non durable. La question de la grossesse, des IST et plus largement de la fidélité et du passé de chacun des partenaires contribue au passage de partenaire occasionnel à celui de petit copain, voire d'amoureux. Mais lorsque l'intrusion du partenaire est trop forte (ou trop rapide) dans le « territoire personnel » de la jeune femme, cela peut être interprété comme une forme de contrôle, et le jeune homme peut s'en faire exclure.

Entre le « je » et le « nous », un équilibre difficile à trouver

Dans les relations amoureuses en construction, la gestion de la contraception d'urgence peut donner lieu à certaines tensions. Un partenaire peut être considéré comme « trop investi » dans la contraception de sa partenaire et son investissement peut nuire à la poursuite de la relation. À l'inverse, un fort investissement peut donner lieu à un renforcement du lien amoureux et à une redéfinition de la relation amoureuse en faveur de cette dernière, plus particulièrement dans le cadre de relations « durables ». L'objectif sera à présent de mieux cerner les tensions interindividuelles (entre les

partenaires) et intra-individuelles (la jeune femme vis-à-vis d'elle-même) lors de la gestion de la contraception.

La participation du partenaire vécue comme une intrusion

Stéphanie se considère comme une « *tardive* », elle a échangé son premier baiser à 19 ans et a eu son premier rapport à 21 ans, toujours après ses copines et sa petite sœur. Elle a « *mis longtemps à avoir du plaisir* » sexuel avec ses partenaires. C'est avec son dernier petit ami, Régis, qu'elle a eu un « *semblant d'espoir* » car elle a « *découvert des aspects de la sexualité beaucoup plus libres* » avec lui. Elle l'appelle « [sa] *révélation* ». Ne prenant pas la pilule sur les conseils de sa mère (chapitre 6.1), Stéphanie utilisait des préservatifs avec ses partenaires. Cette méthode lui convenait, elle n'avait jamais eu de « *problème* » avant que le préservatif ne « *lâche* » pour la première fois.

« À un moment j'ai senti un truc bizarre, lui aussi... Il s'est retiré et là... C'était entre le rire et les larmes. C'était la première fois qu'un préservatif lâchait. Bah je te dis, c'est pas très agréable comme sensation, en plus ça te coupe dans ton élan donc euh... (elle fait la moue) D'un coup le préservatif c'est pas si bien que ça ! »
(Stéphanie, 24 ans étudiante en école de commerce)

À la suite de « *l'accident* », Stéphanie a appelé son médecin de famille pour qu'il lui prescrive la contraception d'urgence. C'est elle qui a pris les devants, Régis ne faisant « *pas grand-chose* ». Ne pouvant être présent au rendez-vous médical (en raison de son emploi), il l'a appelée « *toutes les heures pour savoir où [elle] en était* », si elle avait ou non ses règles, demandant ce qu'il pouvait faire pour aider. Pour Stéphanie, toutes les questions qu'il se posait étaient inadaptées à la situation et montrait son incapacité à réagir efficacement en cas de problème.

« Le fait qu'il réagisse en me mettant la pression, le stress, en me demandant : « Qu'est-ce qu'on fait si on est parents ? ». Et bon je lui ai dit « C'est bon quoi, y a d'autres choses avant d'être parents, y a 9 mois ! ». Et bon j'ai pas envie d'avoir un enfant avec toi, faut se calmer » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Régis a perdu l'image de partenaire-protecteur que lui avait conféré Stéphanie jusqu'alors. Plus âgé, plus expérimenté, sorte de « *guide sexuel* » lui faisant pour la première fois découvrir des sensations pendant les rapports, il n'était plus qu'un « *petit garçon bon qu'à [lui] faire peur* » ; loin donc de l'idéal masculin qu'elle s'était forgé. Il n'a pas réagi comme elle l'attendait, son attention se traduisant en pression, il n'était plus rassurant. Or, comme le souligne Michel Bozon, une des inquiétudes de la femme est que l'homme soit ou se sente diminué. Avoir des inquiétudes divergentes était le signe, pour elle, que leur relation prenait des chemins différents. Alors qu'elle se

demandait comment avorter sans le dire à sa mère, lui se posait la question de l'organisation de la vie avec un enfant. Aussi, après avoir géré la contraception d'urgence et constaté que cela « *avait fonctionné* », c'est tout leur couple que Stéphanie a remis en question.

« Quand j'ai eu mes règles, je me sentais carrément mieux, j'ai appelé le copain et tout et 2 semaines après je l'avais quitté parce qu'il y avait des choses qui bloquaient. Il m'avait tellement énervée avec cette histoire que... (...) Peut-être que ce problème-là a fait que je vois les choses plus clairement... et donc je l'ai quitté »
(Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Les questions récurrentes de Régis pendant les deux semaines suivant le rapport a été pour Stéphanie moins une marque d'inquiétude que d'une certaine manière une tentative de contrôle de la situation. En lui demandant heure par heure comment elle allait ou si elle avait ses règles, elle l'a trouvé trop présent, « *trop étouffant* », se demandant si finalement il lui faisait réellement confiance.

« Je lui avais dit que j'allais prendre la pilule du lendemain, je vois pas pourquoi du coup il m'a parlé de bébé et tout ! Franchement j'ai rien compris ! J'avais un petit garçon devant moi ! Il aurait pu me rassurer et tout et non, il m'a mis la pression en me parlant de bébé. Il voulait tout savoir... alors que je lui avais dit que je gérais... que c'était plus facile si je m'en occupais... du coup il m'a transmis son stress à chaque coup de téléphone » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Comme le couple doit prendre le temps de se construire à deux, l'idée d'un enfant à ce moment-là est venue fragiliser la relation en cours (ce qui est relativement fréquent souligne Pascale Donati, 2002). L'investissement de son petit ami à la suite du rapport mal protégé a été vécu par Stéphanie comme un empiètement dans sa vie, dans un domaine qui n'était pas de son ressort : pour elle, autant le préservatif pouvait être à la charge (responsabilité et financement) des hommes, autant la contraception d'urgence était « *[son] problème* », tout comme le test de grossesse.

« Pour moi, c'était mon problème... Mon copain m'a proposé de payer (...) de m'aider à payer mon test. Donc je lui ai dit que non, que moi financièrement j'assumais de payer mon test et ma pilule.(...) Je trouverais ça déplacé qu'un garçon me dise : « Est-ce que tu veux que je te paie ta pilule ? ». Parce que bon, qu'il s'implique et qu'il s'inquiète, c'est bien mais bon là [maintenant], je prends la pilule alors que j'ai pas de copain... Donc c'est pour moi, pour être régulière dans mes règles et donc pas pour faire plaisir à un copain » (Stéphanie, 24 ans, étudiante en école de commerce)

Dans une relation naissante, la découverte des territoires personnels de chacun et les ajustements entre partenaires prennent du temps. Une intrusion trop rapide ou trop brusque d'un des deux partenaires peut contribuer à mettre une barrière pour maintenir une distance jugée nécessaire pour la construction de chacun dans la relation à deux. Il

faut trouver la place pour être soi-même tout en étant aussi en couple, ce qui n'est pas sans poser de problèmes. Pour Stéphanie, proposer de lui payer son test de grossesse c'était chercher à intervenir dans un domaine qui jusque-là, était fermé. Demander les détails sur le fonctionnement intime de son corps⁵, c'était lui retirer une certaine autorité sur ce dernier. De ce point de vue, tous les projets qu'elle avait faits avec Régis ont été revus à la baisse, puis réduits à néant (elle a rompu). Par ailleurs, la proposition du partenaire de payer la pilule ou le test de grossesse joue comme une forme de matérialisation du rapport sexuel, et donne un coût à la sexualité ; ce qui est difficilement concevable pour les individus hors du cadre de la prostitution ou du jeu érotique ; car ils pensent la sexualité d'abord comme un échange de plaisirs et de sentiments mêlés qui se doit d'être immatériel pour conserver sa part de magie. Pour Stéphanie, accepter de se faire payer la pilule ou le test de grossesse pourrait laisser croire à une intervention « intéressé », ce qui serait en contradiction avec la définition sociale d'une relation amoureuse qui doit être désintéressée (Singly, 1987).

L'investissement de Régis a été démesuré et surtout inadapté par rapport au risque encouru d'après Stéphanie. Cet exemple permet de constater combien la contraception d'urgence peut avoir des conséquences sur la durée du couple et la stabilité de la relation ainsi que sur l'intensité du lien amoureux. Pour Stéphanie, la contraception d'urgence a mis à jour combien les attentes et les principes des deux partenaires étaient contradictoires : étant dans les débuts de sa vie sexuelle, Stéphanie cherchait d'abord à avoir du plaisir (plus proche en cela d'une sexualité récréative), et les craintes de son partenaire, centralisées sur la question de devenir parent, l'ont projetée dans un couple figé au sein duquel des enfants pouvaient voir le jour, ce qui était inenvisageable pour elle.

Revendiquant un fort degré d'autonomie et cherchant à être indépendantes (ou à asseoir leur indépendance), les jeunes femmes rencontrées n'envisagent pas dès leurs premières relations durables de faire des enfants, de fonder une famille, car cela leur semble contradictoire avec leurs aspirations personnelles telles que « *faire le tour du monde* »,

⁵ Aucune des jeunes femmes de l'enquête n'avait pour pratique d'informer son partenaire sur ses règles (régularité, flux), et aucune n'envisageait de le faire. Si certaines l'ont fait suite à des rapports non ou mal protégés, il s'agissait davantage d'informer leur partenaire sur une éventuelle grossesse que sur le fonctionnement même du corps féminin. Seules quelques jeunes femmes vivant en couple supposent que leur partenaire connaît la régularité de leur règles, pour les autres leurs partenaires l'ignorent partiellement ou totalement. Cela souligne combien les menstruations font parties des domaines personnels et privés des femmes, car elles sont souvent considérées par elles comme une tare de la féminité qui ne concerne pas les hommes.

s'amuser, avoir une situation professionnelle ou encore finir leur scolarité. La question de la parentalité peut alors permettre aux jeunes femmes de hiérarchiser leurs priorités, ce qu'elles n'avaient pas toujours pris le temps de faire. Lorsqu'elle met à jour des dissensions fondamentales sur la vision de la relation et du couple, la contraception d'urgence devient un indicateur du lien amoureux. Dans le cas suivant, nous verrons comment elle peut requestionner la relation naissante et favoriser la proximité entre les partenaires.

La participation du partenaire vécue comme un engagement

Nous l'avons vu, la contraception d'urgence peut être l'occasion de tester la réaction des partenaires masculins « *en cas de coup dur* », sans pour autant être confronté à la question de l'avortement. Pour certaines jeunes femmes, la gestion ensemble de la contraception d'urgence offre la possibilité d'impliquer leurs partenaires dans leur contraception. Lorsqu'il l'accepte, la participation du jeune homme valorise et valide le choix du petit ami et les critères pour juger du « *mec bien* ». Le « *mec bien* » est alors celui dont elles étaient « *amoureuses* » et qui a su faire face aux doutes et au stress liés aux rapports non ou mal protégés et à la contraception d'urgence. L'exemple de Dounia est à ce titre enrichissant puisque l'événement de la contraception d'urgence « [les] *a vachement rapprochés* ».

Amoureuse de Mathieu depuis un peu plus d'un an et demi, c'est avec lui que Dounia a eu sa première fois. Elle le « *connaît bien* ». Les parents de Mathieu étaient informés de leur relation, ils étaient « *ravis que leur fils ait une relation stable* » rapporte Dounia ; mais chez elle, c'était moins évident. Son père refusait qu'elle fréquente des garçons, préférant croire qu'elle attendrait de se marier comme le veut la tradition musulmane (son père est croyant mais non pratiquant, et surtout « *attaché à certains principes* »), et sa mère (« *plutôt catholique* ») pensait qu'elle était « *encore trop jeune* » pour penser à « *ces choses-là* ». Résidant chez sa mère à Paris, elle avait parfois le droit de sortir et de dormir chez des copines, et en profitait pour aller voir Mathieu. Ils se voyaient donc au domicile familial de Mathieu, dans sa ville (il habite en grande banlieue parisienne), loin des regards indiscrets des Parisiens et du quartier. Lors de leurs premiers rapports, ils ont utilisé des préservatifs et ont parfois opté pour le retrait, par facilité. Mais, comme pour bien d'autres jeunes femmes, le retrait n'a pas bien fonctionné ; dès leurs premiers rapports ils ont été confrontés à la crainte d'une grossesse.

« Il fallait dire en même temps à ma mère que je sortais avec un garçon, que voilà... j'ai couché avec ce garçon, et voir pour se faire avorter... donc dur ! très dur ! (rires) » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Puisque ses parents ignoraient qu'elle avait déjà embrassé un garçon et qu'elle avait des rapports sexuels, il devenait impossible, selon elle, de leur dire qu'en plus elle devait avorter. L'impossibilité pour Dounia d'en parler à ses parents a semble-t-il favorisé une gestion de la contraception d'urgence en couple ; elle utilise le pronom personnel « on » pour raconter sa biographie contraceptive, ce qui marque la présence de Mathieu avec évidence.

« Une fois un gros câlin a un peu dérapé. Il est sorti... enfin coït interrompu, donc ça a été très mauvais. Et donc là ça a été la 1^{ère} fois où on a eu très, très, très peur ! Forcément. Parce qu'en plus je prenais pas encore la pilule (...). Mes règles n'étaient pas du tout régulières, j'ai eu une semaine de retard... donc on a été... Donc le jour où on est allés acheter le test de grossesse, je les ai eues (...). Ça faisait un peu long quand même une semaine de retard. Donc on avait un peu peur quand même. Et bon on s'est vraiment soutenus... ça m'a vraiment donné confiance en lui... Il avait autant peur que moi, mais il était vraiment là. On était vraiment proches et tout... et voilà. Il était prêt à me soutenir dans cette épreuve » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Ils ont tous deux eu peur qu'elle soit enceinte, ont pris connaissance des délais d'avortement ensemble et se sont renseignés à deux. Mettant à l'écart leurs parents, ils se prouvaient l'un et l'autre et l'un à l'autre qu'ils pouvaient assumer leur vie sexuelle. Mathieu a montré qu'il pouvait faire face à un éventuel « problème », sous-entendu l'avortement ; ce qui a confirmé et renforcé la confiance que Dounia avait en lui. Il n'y a pas eu de déséquilibre entre les attentes de chacun, ce qui a contribué à leur rapprochement. Lorsque Dounia dit qu'il était « vraiment là », c'est que Mathieu a pris ses responsabilités, il n'a pas eu « que peur » sans rien faire (comme Régis avec Stéphanie) mais qu'il a agi et l'a soutenue. Bien que le disfonctionnement du retrait ait été repéré dès la fin du rapport sexuel, Dounia n'a pas pris la contraception d'urgence, pensant qu'il était trop tard pour la prendre quelques heures plus tard⁶. Suite à cette « épreuve », Dounia a pris la pilule, pour que cela ne se reproduise plus. Ils ne désiraient plus ni l'un ni l'autre utiliser des préservatifs, il devenait donc impératif qu'elle prenne la pilule (seule méthode connue et considérée comme fiable par les deux partenaires). Depuis ses 17 ans, voyant que la relation durait, Dounia a informé sa mère qu'elle avait un petit copain, le fait que ce dernier soit étudiant en médecine a largement

⁶ Le baromètre santé 2005 donne à voir que 62,5% des personnes déclarent savoir qu'il y a un délai de recours, mais que parmi elles seules 9,7% ont été en mesure de citer le délai d'efficacité reconnue de 72 heures.

contribué à ce que sa mère accepte cette relation : « *elle était fière (...) elle pensait que ça allait me motiver pour le bac* ». Si sa mère l'autorisait à « *découcher* » car Mathieu habitait loin, elle a demandé la garantie qu'ils ne dormiraient pas dans la même chambre, « *et je lui ai dit oui* » dit-elle. Le père de Dounia, quant à lui, ignore toujours qu'elle a un petit ami. N'étant pas censée avoir de rapports sexuels, elle ne peut donc pas parler à sa mère de contraception. Elle s'est rendue chez un médecin sans en parler à sa mère, préférant ne pas se faire rembourser pour ne pas avoir à justifier sa consultation. Avec Mathieu, ils ont partagé les frais. Ainsi, elle obtenu une prescription pour une pilule minidosée. Suite à des oublis de pilule, Dounia a utilisé deux autres fois la contraception d'urgence.

« C'est difficile d'y penser, surtout quand tu dors pas chez toi. T'as pas ton petit rituel et tout non... déjà faut la mettre dans ton sac et tout pour pas l'oublier et en plus après faut penser à la sortir du sac (rires) et c'est pas toujours évident faut pas croire ! » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Chez elle, elle avait mis en place un « *petit rituel* » avant d'aller se coucher : préparer ses affaires pour le lendemain, se brosser les dents puis régler son réveil, mettre sa carte de transports sur sa table de nuit et enfin prendre sa pilule et dormir ; chez Mathieu par contre tout était « *chamboulé* ». Elle a oublié deux fois sa pilule, et pensait qu'une minidosée ne supportait pas de délai ; le manque de connaissances précises sur leur contraception amène les jeunes femmes à confondre le fonctionnement des pilules « *mini* » et « *micro* » dosées. Dounia pense que sa pilule ne peut supporter un retard supérieur à trois heures alors qu'elle prend une « *minidosée* », et du coup, elle a pris la contraception d'urgence alors qu'elle était encore dans les délais pour prendre sa contraception habituelle⁷.

Dounia a pris la contraception d'urgence pour se rassurer, rassurer son partenaire et pour que le « *on* » (leur couple) soit rassuré. Ayant le droit d'aller dormir chez Mathieu uniquement le samedi soir, elle a eu besoin de se procurer la contraception d'urgence le dimanche. Le fait que la mère de Mathieu soit médecin ne leur a été d'aucune utilité, « *c'était notre affaire* » : affirme-t-elle, ils devaient résoudre leur problème seuls. Au contraire, le fait que la mère soit médecin a rendu toutes leurs démarches plus difficiles car dans leur petite ville, elle était connue de tous les services de santé (pharmacies

⁷ La pilule *mini* dosée contient une dose d'œstrogènes plus faible que les pilules classiques, elle est aussi efficace sur le blocage de l'ovulation (le délai maximum en cas d'oubli de pilule est de 12 heures). La pilule *micro* dosée est elle uniquement composée de progestatifs, elle est utilisée chez la femme ne supportant pas les œstrogènes, même à faible dose (le délai maximum en cas d'oubli de pilule est de 3 heures).

incluses). Ils craignaient que le secret médical ne soit pas bien gardé entre confrères. Dounia a donc été à Paris, parce qu'elle savait quelle pharmacie était de garde et que cela était plus anonyme que dans la petite ville de Mathieu.

« J'avais fait le trajet à Paris. Parce que je sais pas où il y en a chez lui des pharmacies. Donc une fois j'ai fait l'aller-retour pour aller l'acheter. Bah en fait c'est ridicule. Au lieu de l'acheter dans sa banlieue je suis retournée chez moi pour aller l'acheter. Mais bon je préférerais retourner sur Paris » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Mathieu ne l'a pas accompagnée à la pharmacie par commodité, elle rentrait chez elle à Paris ; mais elle est certaine que si elle le lui avait demandé, il serait venu. L'investissement de Mathieu dans leur relation est sensible à travers sa préoccupation pour la contraception de Dounia. Ainsi, lorsqu'il lui rappelle qu'elle doit prendre la pilule le soir par téléphone, ce n'est pas parce qu'elle n'est pas capable de le faire seule, mais c'est une marque d'attention soulignant sa participation et son implication dans la contraception de sa partenaire.

« Quand il m'appelle le soir et qu'il sait que c'est à peu près l'heure à laquelle je dois la prendre bah ouais il me fait « tiens il est tard, t'as pris ta pilule ? » et bon voilà... il y pense aussi. » (Dounia, 17 ans, lycéenne)

Les appels de Mathieu ne sont pas des rappels à l'ordre ni les témoins d'un manque de confiance, mais sont plutôt vécus comme une forme de partage des contraintes faisant de la pilule une responsabilité de couple. Pour eux, ce n'est pas parce que c'est à la femme de prendre la pilule qu'elle doit la gérer seule, puisqu'elle trouve sa motivation dans l'intérêt du couple (ce qui vaut surtout dans le cas où les jeunes femmes (re)commencent à prendre la pilule du fait de la relation). Toutefois, la revendication égalitaire peut provoquer « la mise en question des identités de sexe qui reste en jeu dans la définition des territoires, des pratiques et des rôles corporels sexués » comme le faisait remarquer Michèle Ferrand (2004, p.103). Les domaines du masculin et du féminin deviennent moins facilement repérables. Chacune des fois où Mathieu rappelle à Dounia de prendre sa pilule, cela revient à montrer qu'il n'a pas oublié cette obligation quotidienne qui reste à la charge de sa partenaire. Cette attention devient alors un indicateur de sentiments et d'intensité du lien amoureux, pour Dounia. La comparaison de la gestion de la contraception par ses copines lui confirme « [sa] chance » d'être avec un partenaire si impliqué. Ce qui prime dans les jeunes couples, ce n'est pas tant l'égalité des tâches et le partage systématique des choses à faire que la valorisation de l'appartenance « conjugale » de chacun des partenaires à l'égard de

l'autre. En s'impliquant dans la contraception, les partenaires s'engagent également dans leur couple. À l'inverse de l'exemple de Stéphanie, on voit ici que l'investissement du partenaire peut renforcer le lien affectif plutôt qu'il ne participe à l'affaiblir.

3. METTRE EN PLACE DES STRATEGIES DE PROTECTION IDENTITAIRE

Lors de la mise en couple, les jeunes femmes cherchent sans cesse à savoir si elles sont faites pour cette union et si cette union les rend telles qu'elles souhaiteraient être (Berger, Luckmann, 1986 [1966]). De ce fait, la question de la contraception met le couple à l'épreuve, le contraignant de fait à affirmer un positionnement individuel où chaque partenaire parviendra ou non à répondre aux attentes de l'autre. La jeune femme se sent reconnue dans son intégralité par son partenaire qui lui accorde du temps, de l'intérêt en s'investissant dans un domaine construit socialement comme spécifiquement féminin. Son implication dans un domaine inédit ajoute encore à la valeur de l'engagement. Pour construire la relation amoureuse, les individus doivent partager du temps (prendre du temps, de son temps pour l'autre) mais aussi avoir des préoccupations communes. Pour Dounia, la peur partagée lorsque le retrait a mal fonctionné les a beaucoup rapprochés, ils ont été amenés à parler de leur futur, à se projeter puis à s'accorder tous les deux sur l'idée que « *les enfants c'est pas pour tout de suite* ». Il n'en veut pas avant ses 35 ans. « *Ouf!* » dit-elle, même si elle pense (et espère) qu'il peut changer d'avis « *car c'est un peu tard quand même* ». L'important pour elle, c'est qu'ils soient du même avis sur ce dont ils ont envie : pas d'enfants, continuer leurs études, sortir, s'amuser, autrement dit « *pour résumer, [elle] veut profiter de sa jeunesse* », ce que ne permettrait pas un enfant selon elle. « Le temps représente pour les femmes une véritable contrainte puisque, pour elles, le temps de l'enfantement est compté » (Ferrand, 2004, p. 37).

La gestion partagée de la contraception d'urgence souligne combien les relations amoureuses sont ponctuées par des épisodes où les deux partenaires testent plus ou moins ouvertement la solidité de leur engagement. « L'expérimentation ne porte donc pas seulement sur le partenaire, qui pourrait être testé comme tout autre produit de consommation. Le plus difficile est ailleurs dans l'expérimentation de soi-même. Parce que le moi sera différent, et parce qu'on ne sera pas le même non plus selon le degré d'engagement dans la relation conjugale » (Kaufmann, 2002, p. 235).

La contraception d'urgence rompt momentanément le cours de la vie quotidienne, c'est une sorte de « pause » pendant laquelle la jeune femme doit prendre une décision (elle a 72 heures pour choisir d'utiliser ou non la contraception d'urgence). Si ce n'est pas un événement majeur dans la biographie contraceptive de beaucoup de jeunes femmes (au même titre que l'avortement), il donne toutefois l'occasion de faire un point sur la relation, au cours duquel l'investissement de chacun des partenaires est mis à plat. Plus que l'utilisation, c'est la question de la contraception d'urgence qui peut donner lieu à une redéfinition des liens affectifs et de soi. Ainsi, comme le met en évidence Erving Goffman (1973b [1971]), un même fait peut être perçu comme une invasion (impliquant un rituel de réparation) ou au contraire comme la preuve de l'existence d'un lien (signe d'un rituel de confirmation), et c'est bien ce que nous constatons dans la difficulté de la gestion à deux de la contraception d'urgence⁸. Tout se passe comme si, dans le modèle de la relation pure, l'exclusivité sexuelle, par exemple, ou encore le fait de faire telle ou telle activité ensemble était nécessairement une infraction à l'indépendance des conjoints. Cependant, la contraception d'urgence n'a pas la même signification lors des différents temps de la biographie amoureuse des jeunes femmes, et le ressenti des événements ne prend pas une seule et unique voie. Les biographies sexuelles et contraceptives ne sont pas figées dans des modèles de couple, il peut y avoir un passage d'une modalité à une autre (d'épreuve à expérience ; de la gestion seule à la gestion à deux) selon ce que les jeunes femmes ont vécu auparavant, l'influence de leur partenaire sur la suite de la relation, les récits de leurs pairs et l'investissement de leurs parents. Les histoires vécues (ou entendues) forment une base de raisonnement qui donne lieu à une redéfinition des situations en fonction des leçons tirées du passé (histoires passées qui fonctionnent alors comme histoires de référence (Levinson, 2001)) des jeunes femmes et de la représentation qu'elles ont d'elles-mêmes.

Pour l'ensemble des jeunes femmes rencontrées, la contraception est une obligation, une contrainte, à laquelle elles doivent se conformer (la sexualité est dissociée de la fécondité). Une majorité d'entre elles pensent que la contraception concerne autant les jeunes hommes que les jeunes femmes. Toutefois, elles s'accordent dans le même temps

⁸ Contrairement à ce que proposait Anthony Giddens à travers la notion de « relation pure » (2004 [1992]), au sein de laquelle les individus devaient être les plus indépendants possibles, on constate que dans la régulation des relations amoureuses des jeunes, l'indépendance mais aussi le partage et l'échange sont essentiels. Comme le souligne François de Singly, la relation sexuelle peut être vécue comme une « invasion ou, au contraire, [un] symbole positif de la relation et signe de l'amour » (2003). Les jeunes femmes ne cherchent pas à être « indépendantes à tout prix », bien au contraire. La difficulté est pour elles de réussir à la fois à « faire ensemble » et à « faire seule ».

pour considérer que c'est une « *affaire de femmes* ». L'analyse du recours à la contraception d'urgence a montré que si l'ultime décision revient à la femme (qui décidera ou non d'aller chercher et d'avalier ce comprimé hormonal), elle est toutefois très influencée par le lien que celle-ci a avec son partenaire (il contribue souvent à évaluer le niveau de risque de grossesse, surtout dans la pratique du retrait). Les jeunes femmes construisent leur préoccupation de la contraception comme un « *devoir de femme* » afin de maîtriser la procréation du couple. Elles en parlent en terme de « *normal* » et « *d'évidence* », ce qui souligne l'intériorisation d'un certain modèle de domination de ces jeunes femmes ; le « *normal* » se confond dans les entretiens avec le « *naturel* » (comme si on ne pouvait expliquer les inégalités fondées sur un système de valeurs morales que du côté de la nature). En considérant « *normales* » certaines réactions de leurs partenaires, elles construisent la suprématie des hommes comme une donnée positive et en cela elles perpétuent le processus d'inégalité entre les hommes et les femmes. En évoquant la « *nature* », les jeunes femmes font comme si la contraception était une affaire de femmes du fait de la différence liée à la biologie (au sexe biologique), ce qui est pourtant le produit d'une construction sociale comme le montrent les travaux sur les rapports sociaux de sexes. Les jeunes femmes sont toutefois conscientes qu'il y a un traitement inégalitaire des sexualités masculines et féminines notamment à travers la contraception ; aussi, pour donner un sens et une cohérence à leurs pratiques et à leurs biographies affectives, sexuelles et contraceptives, elles insistent sur le choix autonome et volontaire de leurs comportements conformistes et se justifient en énonçant des « *principes personnels* » parfois proches du modèle traditionnel de la sexualité. Les « rapports de couple ne sont pas certes réductibles à la domination masculine, mais ils s'inscrivent dans une production des représentations, un imaginaire qui restent très marqués par la différence – hiérarchisée – entre les sexes et la division du travail productif et reproductif entre les sexes » (Ferrand, 2004, p. 103).

Les récits autour des décisions mettent en exergue l'importance des normes qui fonctionnent comme références dont disposent les jeunes femmes pour se justifier et justifier auprès des autres leur conduite, mais également les contradictions entre la revendication d'une autonomie sexuelle et contraceptive et le désir d'une gestion à deux, en couple, de la contraception. Aussi les différentes modalités de gestion de la contraception d'urgence mettent en évidence que les décisions ne se prennent pas toujours en interaction avec le partenaire, mais sont en revanche bien souvent prises en fonction de lui. Le « je » et le « nous » sont intimement liés (Kaufmann, 1998) et les

individus doivent composer avec un principe de réciprocité (lié au principe de sexualité conjugale) qui leur semble important et en même temps doivent répondre à leur désir (devoir) d'autonomie individuelle. L'utilisation de la contraception d'urgence ne se résume donc pas à la prise d'un comprimé hormonal mais participe à une redéfinition de la relation à l'autre et à une redéfinition de soi.

Dans cette continuité on comprend que les jeunes femmes mettent en place des stratégies de protection, pour « *se protéger* [elles] », des conséquences d'un rapport à risque. Il s'agit d'une part de ne pas remettre en cause l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes (contrairement aux « *folles* ») en se disant par exemple que ce n'est pas de leur faute, ou encore en expliquant que « *la pilule du lendemain, c'est un peu un passage obligé pour toutes les filles* ». Vue comme une forme de « rite » de passage, leur pratique n'est plus singulière, et elle devient moins « condamnable ». Il s'agit d'autre part de mettre à distance « *par principe* » leurs partenaires, pour qu'ils ne s'investissent pas (elles peuvent s'abstenir de dire qu'elles ont pris la contraception d'urgence par exemple). Ainsi, elles évitent d'être déçues par leurs petits amis avec lesquels elles avaient des projets ; le raisonnement est le suivant : ils ne savent pas donc ils ne risquent pas de ne pas s'impliquer, ils restent des « *mecs biens* ». Ils ne s'impliqueront donc pas, et c'est un choix des jeunes femmes. Les stratégies de protection identitaire se caractérisent aussi par le refus de l'intrusion et du contrôle. Les jeunes femmes excluent bien souvent que leurs partenaires s'invitent, voire s'imposent dans leur vie intime. Un investissement trop marqué dans la contraception peut devenir « *louche* ». Cela peut être interprété comme une intrusion dans leur intimité (qui est un domaine essentiellement féminin), mais aussi comme une tentative de contrôle sur la relation et plus largement sur la jeune femme. Pour ne pas avoir à vivre ce type de situation, parce qu'elles l'ont déjà vécu ou parce qu'elles l'appréhendent trop, certaines jeunes femmes n'informent pas leurs partenaires de cet événement, elles le gèrent seules (ou parfois avec des copines, « *parce que c'est une fille, elle peut me comprendre* »).

CONCLUSION

La plupart des Françaises utilisent la contraception avec succès le plus souvent, mais non sans échecs ni angoisses. Les années 1990 ont été marquées par la hantise de la contamination du sida qui s'est ajoutée à celle, déjà très forte, de la grossesse que connaissaient déjà les femmes. Dans les discours des jeunes, ces deux craintes sont dissociées. Ainsi, seule Fanny a pris une contraception d'urgence et un traitement post-exposition au VIH à la suite d'un rapport non protégé avec un jeune homme « *inconnu* ». Cela s'explique par la socialisation des femmes à la sexualité, qui porte essentiellement sur la fécondité et beaucoup moins sur les infections¹, et aussi par l'absence de campagnes d'information mêlant les deux problématiques.

À travers l'étude des pratiques contraceptives des jeunes femmes et de leur vie sexuelle, nous avons aussi cherché à montrer ce qui se joue au-delà de la gestion de la fécondité. L'attention portée plus particulièrement sur la contraception d'urgence a souligné combien les jeunes femmes qui sont en majorité dépendantes de leurs parents (au moins financièrement) revendiquent d'être propriétaires de leur corps et de leur sexualité. Cette méthode contraceptive offre la possibilité de prendre en compte ces dimensions car elle est la seule méthode hormonale non contrôlée par le corps médical (excepté les pharmaciens qui sont tenus de la délivrer « facilement ») donc sans ordonnance, mais aussi parce qu'il s'agit de la seule contraception gratuite pour les mineures disponible en officine. À ce titre, la contraception d'urgence permet aux femmes d'autogérer leur sexualité, plus que les autres méthodes contraceptives médicalisées. Cependant, l'utilisation de cette méthode se trouve, autant que les autres, liée aux relations affectives ainsi qu'au déroulement et au vécu des rapports sexuels.

¹ Si les jeunes femmes que nous avons rencontrées sont d'abord inquiètes sur la contraception, c'est bien que dans leur socialisation c'est le premier (voire unique) inconvénient qui est évoqué à propos de leur sexualité. On compte par ailleurs sur elles pour savoir sélectionner leurs partenaires et mettre ceux qui pourraient prendre l'aspect d'« autres dangereux » à distance (Mendes-Leite, 1995).

Dans les discours des jeunes femmes, la maternité comme l'obligation contraceptive sont très présentes. De ce fait, le recours à la contraception d'urgence peut être difficile. Celui-ci met en évidence le fait que la jeune femme n'a pas su, n'a pas pu faire face à la conséquence possible d'un rapport sexuel. La société valorise l'anticipation plutôt que la réparation, même si dans la réalité elle favorise le contraire puisque la contraception d'urgence est la seule méthode disponible sans ordonnance. Les pratiques contraceptives mettent à jour la répartition des tâches et les domaines de compétence de chaque partenaire : les hommes doivent gérer la protection, puisque la seule méthode à leur disposition est le préservatif, les femmes doivent quant à elles se soucier de la contraception, pour des raisons biologiques d'abord puisque ce sont elles qui sont enceintes, pour des raisons sociales ensuite puisque la maternité est perçue comme une dimension de la féminité. Or l'utilisation de la contraception ne peut se réduire à la gestion de la fécondité. Nous montrons que cela met en jeu la santé des femmes, mais aussi que cela conditionne l'appartenance au groupe de pairs, l'appartenance de genre, la relation au partenaire et la construction de l'identité féminine.

L'intérêt pour la socialisation des jeunes femmes à la sexualité a mis en lumière l'importance des normes encadrant la sexualité et la contraception (celles-ci étant d'ailleurs parfois contradictoires). Par exemple nous avons vu que pour les « *copines* », prendre la pilule signifiait être dans une relation amoureuse « *qui vaut le coup* » et permettait de se distinguer des « *petites* » en ayant « *une contraception de vraie femme* ». Pour certaines mères au contraire, l'utilisation de la pilule doit être reportée pour éviter que leurs filles aient une activité sexuelle trop précoce et trop importante (Schwartz, 1990). Pour d'autres, il faut favoriser le recours au préservatif pour qu'elles se protègent des infections sexuellement transmissibles (ce qui va de paire avec l'idée qu'il faut différer au maximum la prise d'une contraception hormonale « *pour des raisons de santé* »). Lorsque la position parentale prend la forme d'un refus clair, les jeunes femmes l'interprètent comme une négation de leur vie sexuelle et amoureuse. L'étude des normes a permis de saisir les représentations des jeunes femmes sur les différentes méthodes disponibles. La pilule est bien souvent vécue comme une contrainte en raison de la régularité des prises qu'elle impose ; le stérilet est inenvisageable car il rendrait stérile (« *comme son nom l'indique* ») et « *n'est pas pour les jeunes* ». Quant aux autres méthodes (patch, anneau, implant...), elles sont jugées

trop futuristes. Les jeunes femmes ne veulent pas « *servir de cobayes* » ni « *donner [leur] corps à la science* », surtout si cela compromet leur fertilité.

« Oui, oui, j'ai entendu parler d'un truc sinon... un truc un peu ouf... genre Star Wars. C'est un bâton qu'on te met dans le bras, bon c'est petit hein (rires) et voilà. Ça te donne du produit tout le temps. Peut-être que ça donne tout d'un coup d'ailleurs je sais pas. Mais je pense pas, ça serait trop risqué de tout avoir d'un coup dans le sang. Mais il y a trop d'effets secondaires avec ce truc. » (Vanessa, 22 ans, comédienne)

Ce type de réaction est à mettre en lien avec les faibles connaissances des nouvelles méthodes par les jeunes femmes. L'analyse des enjeux sanitaires a mis en lumière leur méconnaissance concernant le fonctionnement du corps et plus globalement de la reproduction humaine. D'où la mise en place de stratégies de « protections imaginaires » comme le calcul des dates. Les jeunes femmes font des « petits arrangements » avec leur contraception et ont recours à des méthodes « *à l'ancienne* » (retrait) quand il n'y a pas de préservatif ni de contraception féminine. Ces pratiques prennent sens pour expliquer la faible fréquentation des lieux de soins disponibles et spécialisés. La majorité des jeunes femmes n'a jamais été dans un centre de planification ; certaines ignorent même leur existence et leur fonctionnement. Le suivi médical est difficile, nous avons ainsi constaté que la fréquentation « régulière » d'un gynécologue était liée à la biographie affective. Toutefois, il existe des variations : l'âge, le niveau de diplômes et surtout les disciplines qui sont enseignées (notamment en Science de la Vie et de la Terre), la biographie sexuelle et la biographie contraceptive, ainsi que le lieu d'habitation ont un impact sur les connaissances et donc sur les pratiques. De ce fait, parmi les enquêtées, les jeunes femmes parisiennes, âgées de plus de 20 ans, ayant passé un baccalauréat en section scientifique, sont les mieux informées. En conséquence, il paraît difficile de dire aux femmes que « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » comme le suggère la dernière campagne d'information du Ministère de la Santé (septembre 2007), puisque les jeunes en connaissent peu. « Choisir », cela suppose d'avoir connaissance de toutes les possibilités proposées mais aussi d'être en mesure d'opérer une distinction entre chacune et d'avoir accès à chacune. Or, par exemple, les soignants sont réticents à prescrire l'anneau vaginal aux plus jeunes, sous prétexte qu'elles ne connaissent pas suffisamment bien leur corps.

Dans un second temps, l'analyse des logiques individuelles conduisant à utiliser la contraception d'urgence en cas de rapport non protégé, ou considéré comme insuffisamment protégé, a été l'occasion de souligner combien les biographies affectives, sexuelles et contraceptives se trouvaient imbriquées. La place du partenaire dans les relations amoureuses et sa participation dans la sélection des méthodes contraceptives ont été mises en évidence. On a pu voir d'une part que les risques liés à un rapport non ou mal protégé étaient interprétés différemment selon le type de relation partagée, de sentiments et selon le déroulement du rapport sexuel en question. Dans les débuts de la biographie affective et sexuelle, la contraception peut être reléguée au second plan, voire absente au profit de la recherche d'une relation sexuelle satisfaisante, d'où le recours à une méthode post-coïtale. Mais nous avons constaté que selon le statut donné au jeune homme – « *partenaire de passage* », « *amant* » ou au contraire « *petit ami* » ou « *amoureux* » –, les jeunes femmes n'auront pas les mêmes craintes à la suite d'un rapport non ou mal protégé. Le risque d'une infection sexuellement transmissible est plus marqué lors d'une relation avec un partenaire peu connu et pour lequel elles éprouvent peu de sentiments. Dans ce cas, on retrouve la figure de « l'autre dangereux² » (Mendes-Leite, 1995), tandis qu'au contraire, le risque d'une grossesse sera pris en compte dès que les jeunes femmes sont investies dans une histoire amoureuse. En établissant les critères d'un rapport sexuel potentiellement fécondant, nous avons vu que les enjeux affectifs pouvaient prendre le pas sur les enjeux sanitaires, mais aussi que les conséquences estimées d'un rapport « risqué » n'étaient pas les mêmes selon le type de partenaire.

Dans les débuts d'une relation, tout se passe comme si chacun avait un domaine de compétence préétabli : aux jeunes femmes la demande et l'usage de la contraception, au partenaire masculin la protection. L'implication du partenaire dans la contraception se limite bien souvent à un accord de principe, la gestion de la fécondité étant finalement déléguée aux jeunes femmes (suivi médical, coût...), ce qui est d'autant plus aisé que les méthodes contraceptives sont essentiellement féminines. Aujourd'hui comme hier, il

² Les critères pour repérer si l'autre étranger correspond à un autre dangereux sont : « son apparence (jeux des apparences), son origine sociale ou géographique (zones à risque), sa génération (l'âge du danger), son style de vie (mauvais genre), ou ses préférences sexuelles (pratiques dangereuses) » (Mendes-Leite, 1995, p. 99).

semble donc que la contraception reste « une affaire de femmes ». Aussi, lorsque le partenaire s'implique dans la contraception d'urgence par exemple, cela peut donner lieu à un rapprochement entre les partenaires, les responsabilités étant considérées comme partagées. Dans le cas contraire, cela peut amener à une prise de distance, chacun retrouvant son domaine de compétences propre. Une présence inattendue peut alors être perçue comme une forme de contrôle ou une intrusion. La gestion de la contraception est donc surtout individuelle et personnelle, même si elle peut être partagée.

Si les jeunes femmes considèrent que la contraception est une compétence féminine, c'est parce qu'elles la lient à la maternité, mais aussi parce que la socialisation à la sexualité se déroule entre femmes. Les mères sont des actrices privilégiées dans la prescription des conduites et la diffusion d'informations. Parmi les pairs, ce sont les amies, « les copines », qui jouent un rôle majeur dans la diffusion de l'information et la gestion quotidienne de la sexualité et de la contraception. En outre, le rôle d'experts assuré par les professionnels du corps médical (médecins, gynécologues, infirmières scolaires, pharmaciens...) et autres intervenants spécialisés (animatrices au planning familial par exemple) reste la plupart du temps dévolu aux femmes. La présence des femmes est d'autant plus marquée que les plus jeunes sont à la recherche d'une complicité de sexe et d'une certaine forme de « *solidarité féminine* ».

Durant les premiers temps de la sexualité féminine, les hommes s'investissent peu dans la contraception, même s'ils sont de fait concernés. La socialisation au féminin de la sexualité et de la régulation des naissances est, sur ce point, flagrante et participe activement à la construction de l'identité féminine. Ainsi, si une « *vraie femme* » est « *une femme qui prend la pilule* », alors la non utilisation de la pilule et le recours à la contraception d'urgence peuvent contribuer à se remettre en cause. Lorsque les jeunes femmes estiment avoir pris un risque en ayant un rapport non ou mal protégé, la suite de cet événement prend alors la forme d'une « *épreuve* » qu'elles ne sont pas sûres de réussir. En conséquence, certaines usent de stratégies de protection imaginaires pour se rassurer, et de protection identitaire pour surmonter l'impact de l'événement sur leur biographie affective et contraceptive, ce qui leur permet de ne pas avoir à remettre en question de nouvelles dimensions sous leur responsabilité. Lorsqu'elles cherchent à se protéger elles-mêmes, les jeunes femmes n'ébruient pas leurs « *mésaventures* » contraceptives, il s'agit de gérer le plus discrètement possible pour éviter de « se » remettre en cause (« *je n'ai pas su bien faire* ») ou que leurs partenaires en fassent

autant (« *j'ai pas envie qu'après ça il se dise que je suis une fille qui fait attention à rien* »), ce qui peut aussi être l'avis de certaines « copines ». Enfin, pour d'autres jeunes femmes, le recours à la contraception d'urgence est une expérience qui leur a permis de s'assurer qu'elles étaient « *capables de se prendre en main* » et de « *réagir vite* ». Associé à une prise de précaution, le recours à la contraception d'urgence peut aussi être une forme de valorisation de soi.

Ainsi, notre recherche a permis de montrer qu'en matière de contrôle et de gestion de la fécondité, les jeunes femmes et leurs partenaires n'ont pas simplement affaire à leurs propres désirs. L'âge, les biographies sexuelles et affectives, les normes véhiculées par les membres de l'entourage sont des facteurs influençant le vécu de la contraception d'urgence par les jeunes femmes. Les stratégies de protection identitaire mises en lumière soulignent combien il est important pour les jeunes femmes de rendre cohérentes leurs pratiques. Les contradictions entre les « *principes personnels* », les représentations ou les normes valorisées par l'entourage et les pratiques réelles peuvent en effet être très difficiles à assumer pour les jeunes femmes.

Pour l'ensemble des raisons évoquées, la contraception d'urgence peut avoir un impact sur la construction identitaire et les relations interindividuelles. Si la jeune femme n'est pas « transformée » après avoir pris la contraception d'urgence, certaines dimensions de son identité peuvent se trouver modifiées ou niées. La contraception d'urgence et plus généralement les pratiques contraceptives participent à la construction identitaire et contribuent à une nouvelle définition de soi. Ce travail a mis en évidence l'importance de l'appartenance de genre dans la construction de l'identité de femmes, mais aussi de l'appartenance générationnelle. Les jeunes femmes revendiquent ainsi autant leur dimension de jeunes que leur dimension de femmes. En cela le désir d'autonomie à l'égard des parents et plus largement des « adultes référents » est perceptible. L'étude des relations amoureuses a aidé à saisir combien les relations intergenres étaient importantes dans la construction de soi d'une part, et que le désir de conjugalité était une des dimensions clés pour se sentir femme et adulte d'autre part, dimension marquée par la volonté de construire un couple et de valoriser les relations longues.

Enfin, au vu de notre analyse, on constate que le recours à la contraception d'urgence ne constitue pas un frein à l'utilisation d'une contraception régulière, bien au contraire. Cela peut inaugurer une nouvelle pratique contraceptive ; la contraception d'urgence peut devenir alors une méthode de « soutien » ou de renfort à d'autres pratiques contraceptives.

Annexes

ANNEXE 1

PRECISIONS DE LECTURE

Présentation de la retranscription des entretiens

[...] précisions apportées pour que l'extrait d'entretien soit compréhensible

(...) coupure de l'extrait d'entretien faite *a posteriori*

(*rires*) indication pour saisir la tonalité de la citation

... silences et hésitations

L'ensemble des citations d'entretiens figurant dans le corps du texte sont présentées entre guillemets et en italique : « *j'étais trop amoureuse* »

Liste des sigles utilisés

ACSF Analyse des Comportements Sexuels en France

ACSJ Analyse du Comportement Sexuel des Jeunes

CPEF Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CU Contraception d'Urgence

GHB Acide gamma-hydroxybutyrique (dit « drogue du viol »)

IST Infections Sexuellement Transmissibles (nouvelle appellation des MST)

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

LEP Lycée d'Enseignement Professionnel

MFPP Mouvement Français pour le Planning Familial

MST Maladies Sexuellement Transmissibles (ancienne appellation des IST)

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXE 2

PRESENTATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Les questions ont été formulées selon chaque situation (âge de la jeune femme, lieu de l'entretien, type de biographie sexuelle...). Il s'agit davantage d'un guide sur les principaux thèmes à aborder lors de l'entretien que d'un « réel guide d'entretien ».

L'ordre des thèmes n'a pas forcément été suivi.

La jeune femme et ses proches

Est-ce que tu peux te présenter en quelques mots s'il te plaît...

Présentation des personnes « proches ».

Qu'est ce que tu leur dis ? Qu'est ce que tu ne leur dis pas ? pourquoi ?

Confidences ?

Premières discussions sur la sexualité

Tes parents t'ont-ils dit comment « on faisait les bébés » ? (ou d'autres personnes de ta famille)

Sinon avec qui en as-tu parlé ?

Comment as-tu appris que tu allais avoir tes règles ?

Raconte moi le jour où tu as eu tes règles

Et t'as eu d'autres conversations depuis sur la sexualité ou la contraception par exemple avec ces mêmes personnes ? avec des personnes différentes ? qui ?

Connais-tu la contraception de ta mère, de tes copines ?

Premières histoires de cœur

Le premier baiser

Récit du premier bisou

Vécu du premier bisou

Quelles ont été les personnes informées

Recherche de conseils sur la pratique ?

Le premier rapport sexuel

Récit du premier rapport

Vécu du premier rapport

Quelles ont été les personnes informées

Recherche de conseils sur le déroulement ou la contraception

Relations depuis

Partenaires sexuels occasionnels

Partenaires sexuels réguliers

Avec chacun : Comment ça s'est passé niveau contraception/protection ?

Qui sait quoi sur cette partie de ta vie (copine, mère, sœur...)

Situation actuelle

Récit de la relation actuelle (contraception utilisée)

Récit de la dernière relation « marquante »

A propos de la « pilule du lendemain »

Raisons de(s) utilisation(s) pour chacune des prises

Mode de délivrance pour chacune des prises

Présence du partenaire pour chacune des prises

Discussions avec qui ? quels proches ? pour chacune des prises

Effets secondaires ? pour chacune des prises

Consultation médicale ? pour chacune des prises

Test de grossesse ? pour chacune des prises

Sur le suivi médical

Médecin de famille

Gynécologue

Centre de planification

Infirmière scolaire

Au sujet des infections sexuellement transmissibles

IST personnelles

IST des partenaires

Test de dépistage VIH

À propos de l'ensemble des méthodes contraceptives

Cite tous les contraceptifs que tu connais

Lesquels as-tu utilisé ? pourquoi pas les autres ?

(si pilule : combien coûte t-elle ? remboursée ? génération ? changement ? nom)

As tu entendu parlé de la « pilule dans le bras » ? du patch ? de l'anneau ?

As tu déjà vu un préservatif féminin ?

Et si on inventait la pilule pour hommes, arrêteras-tu ta contraception si ton partenaire la prenait ?

Ai-je oublié un élément clé de ta vie amoureuse / sentimentale / sexuelle ?

ANNEXE 3

FICHE SIGNALÉTIQUE REMPLIE EN FIN D'ENTRETIEN

Cette fiche a été distribuée en fin d'entretien, elle permettait de faire une sorte de bilan. Pendant son remplissage, l'enregistreur n'était pas débranché dans la mesure où de nouvelles observations pouvaient être apportées.

Durée de l'entretien :

Date de l'entretien :

Perso		Famille	
Age		<i>Profession parents</i>	<i>Père</i>
Activité principale			<i>Mère :</i>
Lieu d'habitation		<i>Diplômes des parents</i>	<i>Père :</i>
Situation habitation	Seule / coloc / parents / couple		<i>Mère :</i>
Si départ de chez les parents, indique depuis combien de temps		<i>Fratrie (indique le nb de frère et sœur et leur occupation)</i>	
Aide financière des parents (si oui combien)			
Situation relationnelle actuelle			

Relations		Contraception	
Age au premier bisou		Contraception déjà utilisée	
Age au premier rapport		Type de contraception au moment de l'entretien	
Nombre de petits copains (embrassés)		Contraceptions connues	
Nombre de partenaires sexuels		Nombre de « pilules du lendemain » déjà prises	
Nombre de fois « amoureuse »		Date de(s) prise(s)	
Cite les personnes qui sont des « proches »		Lieu(x) de délivrance	
Qui sont tes confident(e)s		Raison(s) CU	
		IVG	

ANNEXE 4

METHODES CONTRACEPTIVES « MODERNES » DISPONIBLES EN FRANCE

(dernière mise à jour octobre 2007)

	Méthode contraceptive	Utilisation selon le sexe	Utilisation	Prix **	Remboursement sécurité sociale	Efficacité (OMS*)
Contraception avant le rapport	Pilule 1 ^{ère} génération Pilule 2 ^{ème} génération Pilule 3 ^{ème} génération	Femme	1 comprimé / jour à la même heure (durant 3 semaines puis interruption de 7 jours, ou en continu sur 28 jours) <i>(sur ordonnance)</i>	Env. 3€ / mois (1 ^{ère} et 2 ^{ème} génération) de 9 € à 11€ / mois (3 ^{ème} génération)	65 % (1 ^{ère} , 2 ^{ème} génération) 0 % (3 ^{ème} génération)	Effets secondaires plus fréquents sur les 1 ^{ère} et 2 ^{ème} générations. Méthode très efficace lorsqu'elle est employée « correctement » et régulièrement (utilisation optimale) *
	Patch	Femme	1 patch / semaine pendant 3 semaines puis interruption de 7 jours <i>(sur ordonnance)</i>	15€ / mois	0 %	Comme la pilule oestro-progestative efficace à 99,29 % à condition d'être bien utilisé et sans oubli. Efficace dès la pose du premier patch et pendant la semaine d'arrêt. **
	Anneau vaginal	Femme	1 anneau / 3 semaines puis interruption de 7 jours <i>(sur ordonnance)</i>	15 € / mois	0 %	Comme la pilule oestro-progestative efficace à 99,35 % à condition d'être bien utilisé et sans oubli. Efficace dès la pose du premier anneau et pendant la semaine d'arrêt. **
	Implant	Femme	3 ans environ (sous la peau, face interne du bras) <i>(sur ordonnance)</i>	138 euros	65 %	Toujours très efficace *
	Stérilet (DIU : Dispositif Intra Utérin)	Femme	de 3 à 5 ans <i>(sur ordonnance)</i>	24€ (DIU cuivre) 126€ (DIU progestatif)	65 % (DIU Cuivres) de 0 % à 100 % (DIU progestatifs)	Toujours très efficace *

Contraception liée à l'acte	Préservatif masculin	Homme	1 préservatif / rapport sexuel à mettre au moment du rapport. <i>(sans ordonnance)</i>	De 0,20€ à 1€ / unité	0 %	A une certaine efficacité dans son emploi courant. Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale) *
	Préservatif féminin « Fémidom »	Femme	1 préservatif / rapport sexuel peut être mis jusqu'à 3h avant le rapport. <i>(sans ordonnance)</i>	De 8,70 €	0 %	Efficace dans son emploi courant. Excellente contre les IST et le sida
	Spermicides	Femme	Crème (protection immédiate, 10h) Ovule (efficace pdt 4h) Tampons / éponges (efficaces 24h) <i>(sans ordonnance)</i>	Env. 1€/ dose	0 %	Efficaces. Taux d'échec de 3 à 5%
	Diaphragmes Capes cervicales	Femme	A utiliser avec crème spermicide A insérer avant le rapport A garder 8h après le rapport <i>(sur ordonnance)</i>	de 32 à 42 € 40 € (réutilisables) 4,5€ (usage unique)	0 %	S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins. ***
Contraception post-coïtale	Contraception orale d'urgence « pilule du lendemain »	Femme	1 comprimé dès que possible après le rapport non ou pas efficacement protégé (72h maxi après) <i>(sans ordonnance)</i>	de 4,12€ à 9,50 € / unité Gratuite pour les mineures	65 % (remboursement seulement sur ordonnance)	Très efficace lorsqu'elle est employée dans les 24h, efficace à 48h, moins efficace à 72h, pas efficace au-delà.
	Stérilet (cuivre)	Femme	Théoriquement le stérilet peut être posé jusqu'à 5 jours après le rapport supposé fécondant. En pratique il peut être posé jusqu'à 5 jours après la date supposée la plus précoce de l'ovulation, quelle que soit la date du rapport non protégé.	24€ (DIU cuivre)	65 %	Très efficace

Avortement	IVG médicale « médicamenteuse »	Femme	Jusqu'à 5 semaines de grossesse (7 semaines d'aménorrhées)	275 € (hôpital) 190 € (cabinet) ***	80 %	Quelques heures d'hospitalisation. Technique utilisable à domicile ou en hospitalisation. Efficace.
	IVG chirurgicale « aspiration »	Femme	Jusqu'à 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhées)	190 € (anesthésie locale) 240 € (anesthésie générale <12h) 275 € (anesthésie générale >12h) Gratuit pour mineures et non assurées sociales. ***	80 %	Très efficace.

Les différents tests disponibles

Tests	Test de grossesse	Test à faire dès le 1 ^{er} jour de retard des règles	de 8 à 16 € / test	0 %	Fiable à 99% si utilisé dans les conditions prescrites
	Test d'ovulation	Test à utiliser quotidiennement généralement de 2 à 4 jours avant la date d'ovulation	de 23 à 50 € pour 5 tests	0 %	Fiable à 90 %
	Test VIH	Test 3 mois après la prise de risque pour une fiabilité maximale	Gratuit (centre de dépistage)		Très fiable

Sources :

*Efficacité des différentes méthodes contraceptives d'après l'OMS et les recommandations de l'ANAES (déc. 2004).

** Les prix sont des prix observés en pharmacie et/ou donnés par l'association française pour la contraception (ANC) – www.contraceptions.org et l'INPES

*** Données fournies par le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) – www.planning-familial.org

ANNEXE 5

LOI N°2001-588 DU 4 JUILLET 2001

7 juillet 2001

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

10823

LOIS

LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1)

NOR : MESX0000140L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré.

L'Assemblée nationale a adopté.

Vu les décisions du Conseil constitutionnel n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 et n° 2001-449 DC du 4 juillet 2001 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article 1^{er}

L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 2

Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 3

Le deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du même code est complété par les mots : « ou, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Article 4

L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-3. – Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

« Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

« Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »

Article 5

I. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :

« Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consulta-

tion ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

« Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. »

II. – Le troisième alinéa du même article est supprimé.

Article 6

Dans l'article L. 2212-5 du même code, les mots : « sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision » sont remplacés par les mots : « sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé ».

Article 7

L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-7. – Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

Article 8

L'article L. 2212-8 du même code est ainsi modifié :

1^{er} Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. » ;

2^o Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 9

I. – L'article L. 2322-4 du même code est abrogé.

II. – L'article L. 2322-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. »

Article 10

L'intitulé du chapitre III du titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé : « Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ».

Article 11

L'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2213-1. – L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe. »

Article 12

A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : « pour motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour motif médical ».

Article 13

I. – L'article L. 5135-1 du même code est ainsi modifié :

1^o Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

2^o Au dernier alinéa, les mots : « lesdits appareils » sont remplacés par les mots : « des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse » et les mots : « comme commerçants patentés » sont supprimés.

II. – L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5435-1. – La vente, par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques, de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre ces dispositifs est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions, définies au présent article, dans les conditions prévus à l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent la peine d'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal.

« Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :

« 1^o La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;

« 2^o L'interdiction d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. »

Article 14

I. – L'article 223-11 du code pénal est abrogé.

II. – L'article L. 2222-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-2. – L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

« 1^o Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;

« 2^o Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

« 3^o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement.

« La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »

Article 15

I. – L'article 223-12 du code pénal est abrogé.

II. – Après l'article L. 2222-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2222-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-4. – Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte.

« La prescription ou la délivrance de médicaments autorisés ayant pour but de provoquer une interruption volontaire de grossesse ne peut être assimilée au délit susmentionné. »

Article 16

Sont abrogés :

– le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

– les articles 84 à 86 et l'article 89 du décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

Article 17

L'article L. 2223-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2223-2. – Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :

« – soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

« – soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »

Article 18

I. – Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du même code est ainsi rédigé :

« Le titre I^{er} du livre II de la présente partie, à l'exception du quatrième alinéa de l'article L. 2212-8, est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte. L'article L. 2222-2 est également applicable. »

II. – Les articles L. 2412-2 et L. 2412-3 du même code sont abrogés.

III. – L'article L. 2414-2 du même code est abrogé.

Les articles L. 2414-3 à L. 2414-9 deviennent respectivement les articles L. 2414-2 à L. 2414-8.

A l'article L. 2414-1, la référence : « L. 2414-9 » est remplacée par la référence : « L. 2414-8 ».

IV. – L'article 723-2 du code pénal est abrogé.

V. – Les articles 1^{er} à 17 de la présente loi sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article 19

I. – Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7, L. 2222-2, L. 2222-4 et L. 2223-2 du code de la santé publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

II. – L'article 713-2 du code pénal est abrogé.

III. – A. – Après le chapitre I^{er} du titre II du livre IV de la deuxième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre I^{er}-1 ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er}-1

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2421-4. – Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. – L'article L. 2422-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2422-2. – Pour leur application dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna :

« 1^o Le 3^o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3^o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2^o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3^o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

IV. – A. – Le titre III du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2432-1. – Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. – L'article L. 2431-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2431-1. – Les articles L. 2222-2, L. 2222-4, L. 2223-1 et L. 2223-2 sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour leur application dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises :

« 1^o Le 3^o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3^o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2^o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3^o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

V. – A. – Le titre IV du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2442-1. – Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. – L'article L. 2441-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2441-2. – Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

« 1^o Le 3^o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3^o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2^o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3^o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

Article 20

Le chapitre II du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : « Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse » ;

2^o L'article L. 132-1 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat. » ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge ».

TITRE II

CONTRACEPTION

Article 21

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22

Le chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« L'éducation à la santé et à la sexualité

« Art. L. 312-16. – Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et

les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés.»

Article 23

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées. »

Article 24

I. - L'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5134-1. - I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

« La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

« II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

« 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 de santé ou dans un centre de soins agréé. »

II. - Dans l'article 2 de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 25

L'article L. 5434-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5434-2. - Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1° de l'article L. 5134-3 est puni de six mois d'emprisonnement et de 50 000 F d'amende. »

Article 26

Le titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« Stérilisation à visée contraceptive

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si

la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 28

I. - Les articles 24, 25, 26 et 27 de la présente loi sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

II. - Dans l'article L. 372-1 du code de l'éducation, il est inséré, après la référence : « L. 312-15. », la référence : « L. 312-16. ».

III. - L'avant-dernier alinéa (3°) de l'article L. 5511-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 3° Le titre III, à l'exception du 2° de l'article L. 5134-3 ; ».

IV. - Les articles L. 5511-13 et L. 5514-2 du même code sont abrogés.

V. - A l'article L. 5514-1 du même code, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5434-2, et » sont supprimés.

VI. - L'article L. 5511-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5511-12. - A l'article L. 5134-1, les mots : "mentionnés à l'article L. 2311-4" ne s'appliquent pas dans la collectivité territoriale de Mayotte. »

Article 29

I. – Il est inséré, au premier alinéa de l'article L. 5521-6 du code de la santé publique, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre I^{er} », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

II. – Il est inséré, dans l'article L. 5531-1 du même code, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre I^{er} », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

III. – Il est créé, au titre IV du livre V de la cinquième partie du même code, un chapitre unique ainsi rédigé :

« CHAPITRE UNIQUE

« Produits pharmaceutiques

« Art. L. 5541-1. – Le I de l'article L. 5134-1 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 juillet 2001.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

LIONEL JOSPIN

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
LAURENT FABIUS

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

ÉLISABETH GUIGOU

La garde des sceaux, ministre de la justice,
MARYLISE LEBRANCHU

Le ministre de l'intérieur,

DANIEL VAILLANT

Le ministre de l'éducation nationale,
JACK LANG

La ministre de la jeunesse et des sports,

MARIE-GEORGE BUFFET

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance
et aux personnes handicapées,

SÉGOLÈNE ROYAL

Le ministre délégué à la santé,

BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,
CHRISTIAN PAUL

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes
et à la formation professionnelle,

NICOLE PÉRY

(1) Loi n° 2001-588.

– Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 2605 ;

Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 2726 ;

Rapport d'information de Mme Danielle Bousquet, au nom de la délégation aux droits des femmes, n° 2702 ;

Discussion les 29 et 30 novembre 2000 et adoption, après déclaration d'urgence, le 5 décembre 2000.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 120 (2000-2001) ;

Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission des affaires sociales, n° 210 (2000-2001) ;

Rapport d'information de Mme Odette Terrade, au nom de la délégation aux droits des femmes, n° 200 (2000-2001) ;

Discussion les 27 et 28 mars 2001 et adoption le 28 mars 2001.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat ;

Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission mixte paritaire, n° 2973.

Sénat :

Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission mixte paritaire, n° 253 (2000-2001).

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat ;

Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 2977 ;

Discussion et adoption le 17 avril 2001.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, n° 273 (2000-2001) ;

Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission des affaires sociales, n° 297 (2000-2001) ;

Discussion et rejet le 9 mai 2001.

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture, n° 3050 ;

Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 3070 ;

Discussion et adoption le 30 mai 2001.

– Conseil constitutionnel :

Décisions n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 et n° 2001-449 DC du 4 juillet 2001 publiées au *Journal officiel* de ce jour.

LOI n° 2001-589 du 6 juillet 2001 autorisant la ratification de l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et le Royaume hachémite de Jordanie, d'autre part (ensemble sept annexes, quatre protocoles, un acte final, douze déclarations communes et un échange de lettres) (1)

NOR : MAEX0000119L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique

Est autorisée la ratification de l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et le Royaume hachémite de Jordanie, d'autre part (ensemble sept annexes, quatre protocoles, un acte final, douze déclarations communes et un échange de lettres), fait à Bruxelles le 24 novembre 1997, et dont le texte est annexé à la présente loi (2).

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 6 juillet 2001.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

LIONEL JOSPIN

Le ministre des affaires étrangères,

HUBERT VÉDRINE

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2001-589.

Sénat :

Projet de loi n° 484 (1999-2000) ;

Rapport de M. Serge Vinçon, au nom de la commission des affaires étrangères, n° 144 (2000-2001) ;

Discussion et adoption le 5 avril 2001.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 2981 ;

Rapport de M. Pierre Brana, au nom de la commission des affaires étrangères, n° 3164 ;

Discussion et adoption (procédure d'examen simplifiée) le 28 juin 2001.

(2) Ce texte sera publié ultérieurement au *Journal officiel* de la République française.

ANNEXE 6

EXTRAIT DE LA BROCHURE DU SIPS

La brochure du planning familial pour jeunes (SIPS) de Liège en Belgique est une illustre avec justesse la crainte du rendez-vous gynécologique pour les jeunes femmes.

« *Moi le gynéco, je sais pas pourquoi... Ça me tente vraiment pas. Non enfin si, je sais qu'il faut y aller mais bon je me dis que ça peut attendre un peu. Parce que bon déjà comme métier c'est bizarre, faut être un peu pervers, ouais. Et puis se retrouver toute nue devant quelqu'un que tu connais pas... pfff... déjà devant ton copain t'es pas à l'aise mais alors là (rires) ça doit être horrible!* »
(entretien informel au LEP, lycéenne, env.16 ans)

LA VISITE GYNÉCOLOGIQUE

Si tu envisages une contraception qui nécessite une prescription médicale¹...

... tu peux te rendre chez un médecin ou un gynécologue qui exerce dans un centre de planning familial*, en privé ou dans une clinique .

Lors de ta première consultation gynécologique, le médecin te posera des questions sur ta santé pour savoir s'il n'y a pas de contre-indications à prendre le contraceptif que tu souhaites. Si tu signales des problèmes gynécologiques (par exemple, des démangeaisons), il réalisera un examen, mais dans la plupart des cas, celui-ci n'est pas nécessaire pour prescrire une première contraception.



¹ Pilule, stérilet, implant, anneau vaginal et patch.

Bibliographie

Les dates entre parenthèses indiquent l'année de la première publication pour les livres en langue française.

Les dates entre crochets indiquent l'année de la première publication d'un ouvrage en langue étrangère.

- Abelhauser Alain, Levy Agnès, Laska Francine, Weill-Philippe Samantha, 2001, « Le temps de l'adhésion », in Martine Bungener, Michel Morin, Yves Souteyrand, *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesures, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, pp. 79-86
- Aïach Pierre, Delanoë Daniel (eds), 1998, *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos/economica
- Akoun André (dir.), 1999, « Sexualité », *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Seuil
- Amrani Youssef, Beaud Stéphane, 2004, *Pays de malheur. Un jeune de cité écrit à un sociologue*, Paris, La Découverte
- Amsellem-Mainguy Yaëlle, 2003a, *La pilule du lendemain et les jeunes adultes*, mémoire 1 de DEA, sous la direction de François de Singly, Université Paris 5
- Amsellem-Mainguy Yaëlle, 2003b, *Le débat parlementaire sur la pilule du lendemain*, mémoire 2 de DEA, sous la direction de Bernard Valade, Université Paris 5
- Apostolidis Thémis, 1993, « Pratiques « sexuelles » versus pratiques « amoureuses ». Fragments sur la division socio-culturelle du comportement sexuel », *Sociétés*, n°39, pp. 39-46
- Ariès Philippe, 1954, « Chaucer et Mme de Sévigné », *Population*, n°9, pp. 692-698
- Ariès Philippe, 1973 (1960), *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Seuil
- Ariès Philippe, Duby Georges, 1987, *Histoire de la vie privée, de la première guerre mondiale à nos jours*, Paris, Seuil, pp. 249-289
- Augé Marc, Herzlich Claudine, 1984, *Le sens du mal*, Paris, Editions des Archives Contemporaines
- Baccaïni Brigitte, 1995, « Les contrastes géographiques des comportements de contraception », *Population*, vol 50, n°2, pp. 291-330
- Bajos Nathalie, Bozon Michel, Doré Véronique, 2007, *Premiers résultats de l'enquête CSF 'contexte de la sexualité en France'*, Paris, 13 mars, ANRS, INSERM, INED
- Bajos Nathalie, Bozon Michel, Ferrand Alexis, Giami Alain, Spira Alfred et le groupe ACSF, 1998, *La sexualité aux temps du sida*, Paris, PUF
- Bajos Nathalie, Bozon Michel, Giami Alain, Doré Véronique, Souteyrand Yves, (dir.), 1995, *Sexualité et sida, Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, coll sciences sociales et sida

- Bajos Nathalie, Ferrand Michèle (dir), 2002, *Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM
- Bajos Nathalie, Ferrand Michèle, 2001, « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, n°17, septembre-octobre, pp. 99-105
- Bajos Nathalie, Ferrand Michèle, 2005, « Contraception et avortement », in Margaret Maruani (dir), *Femmes, genre et société*, Paris, La découverte, pp. 114-138
- Bajos Nathalie, Ludwig D., 1995, « Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida », *Sexualité et sida, Recherches en Sciences Sociales*, Paris, ANRS, pp. 197-218
- Bajos Nathalie, Moreau Caroline, Leridon Henri, Ferrand Michèle, 2004, « Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population et Sociétés*, pp. 1-4
- Bassand Michel, Kellerhals Jean, 1975, *Familles urbaines et fécondité*, Genève, Librairie de l'université
- Bastide Henri, Girard Alain, 1975, « Attitudes et opinions des Français à l'égard de la fécondité et de la famille » *Population*, vol. 30, n°4-5, juillet, pp. 693-750
- Battagliola Françoise, Bertaux-Wiame Isabelle, Ferrand Michèle, Imbert Françoise, 1993, « A propos des biographies : regards croisés sur questionnaires et entretiens », *Population*, n°2, pp. 325-346
- Battagliola Françoise, Brown Elizabeth, Jaspard Maryse, 1997, « Itinéraires de passage à l'âge adulte. Différences de sexe, différences de classe », *Sociétés Contemporaines*, n°25, pp. 85-103
- Baulieu Étienne-Émile, Héritier Françoise, Leridon Henri, 1999, *Contraception, contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob
- Beaud Stéphane, Weber Florence, 1997, *Guide pratique de l'enquête de terrain*, Paris, Repères, La découverte
- Becker Howard S., 1985 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié
- Béjin André, 1981, « Le mariage extra-conjugal d'aujourd'hui », *Sexualités occidentales*, Paris, Seuil, pp. 169-180
- Béjin André, Pollak Michel, 1977, « La rationalisation de la sexualité », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 62, pp. 105-125
- Berger Peter L., Luckmann Thomas, 1986 [1966], *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin
- Bernos Marcel, 1996, « La jeune fille en France à l'époque classique », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n°4, Toulouse, Presse universitaire du Mirail
- Bidart Claire, 1997, *L'amitié. Un lien social*, Paris, La Découverte
- Bidart Claire, 2002, « Se dire adulte », in Salvador Juan, Didier Le Gall (dir), *Conditions et genres de vie. Chroniques d'une autre France*, Paris, L'harmattan, pp. 153-169
- Bizeul Daniel, 1998, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue Française de Sociologie*, vol. 39, n°4, pp. 751-787

- Blanchet Alain, Gotman Anne, 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan
- Bocquet-Appel Jean-Pierre, Jacobi Lucienne, 1997, « Diffusion spatiale de la contraception en Grande Bretagne, à l'origine de la transition », *Population*, n°4, pp. 977-1004
- Boltanski Luc, 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard
- Bourdieu Pierre (dir), 1998 (1993), *La misère du monde*, Paris, Seuil
- Bourdieu Pierre, 1987, *Choses dites*, Paris, Éditions de Minuit
- Bourdieu Pierre, 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil
- Bozon Michel, 1991a, « La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple », *Sciences sociales et Santé*, vol IX (4), pp. 69-88
- Bozon Michel, 1991b, « Le choix du conjoint », in François de Singly (dir), *La famille, l'état des savoirs*, Paris, La découverte, pp. 22-33
- Bozon Michel, 1993, « L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes », *Population*, n°5, pp. 1317-1352
- Bozon Michel, 1995, « Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle », in Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alain Giami, Véronique Doré, Yves Souteyrand, (dir.), *Sexualité et sida, Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, coll sciences sociales et sida, pp. 323-332
- Bozon Michel, 1999, « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, juin, pp. 3-23
- Bozon Michel, 2001a, « Les cadres sociaux de la sexualité », *Sociétés contemporaines*, n°41-42, pp. 5-10
- Bozon Michel, 2001b, « Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité », *Sociétés Contemporaines*, n°41-42, pp. 11-40
- Bozon Michel, 2001c, « Sexualité et genre », in Jacqueline Laufer, Catherine Marry, Margaret Maruani, *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, PUF, pp. 169-186
- Bozon Michel, 2002, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Nathan
- Bozon Michel, 2003, « Sexualité, genre et sciences sociales. Naissance d'un objet », in « Genre et sexualité », *Cahiers du Régense*, Paris, L'Harmattan, pp. 21-26.
- Bozon Michel, 2004, « La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes », in Jacques Marquet (dir.), *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain-La Neuve, Academia-Bruylant, pp.15-33
- Bozon Michel, 2005, « Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte », in Margaret Maruani (dir), *Femmes, genre et société*, Paris, La découverte, pp. 105-113
- Bozon Michel, Giami Alain, 1999, « Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, Paris, Seuil, juin, pp. 68-72

- Bozon Michel, Heilborn Marie-Luiza, 1996, « Les caresses et les mots », *Terrain*, n°27, septembre, [en ligne], pp. 37-58
- Bozon Michel, Héran François, 1987, « La découverte du conjoint. I. Evolution et morphologie des scènes de rencontre », *Population*, n°6, pp. 943-986
- Bozon Michel, Héran François, 1988, « La découverte du conjoint. II. Les scènes de rencontre dans l'espace social », *Population*, n°1, pp. 121-150
- Bozon Michel, Héran François, 1989, « Naissance du lien amoureux : les lieux et les rites », *Autrement*, série Mutations, n°105, mars, pp. 62-77
- Bozon Michel, Leridon Henri (dir), 1993a, « Sexualité et sciences sociales », Numéro spécial, *Population*, n°5, INED
- Bretin Hélène, 1990, *Pratiques, techniques, inégalités sociales. Une approche sociologique de la contraception*. Thèse de doctorat soutenue à l'université Paris 5-René Descartes, sous la direction de Louis Vincent Thomas
- Bretin Hélène, 1992, *Contraception, quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*, Paris, INSERM
- Bretin Hélène, 2004, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n°3, pp. 87-110
- Bruit-Zaidman Louise, Houbre Gabrielle, Klapisch-Zuber Christiane, Schmitt-Pantel Pauline, 2001, *Le corps des jeunes filles de l'antiquité à nos jours*, Paris, Perrin
- Burton-Jeangros Claudine, 2004, *Cultures familiales du risque*, Paris, Anthropos
- Burton-Jeangros Claudine, 2006, « Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches Familiales*, n°3, pp. 17-26
- Busscher Pierre-Olivier (de), Mendès-Leite Rommel, Proth Bruno, 1999, « Lieux de rencontre et back-rooms », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, juin, pp. 24-28
- Calvez Marcel, 1995, « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche », in Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alain Giami, *Sexualité et Sida*, Paris, ANRS, pp. 143-157
- Campion-Vincent Véronique, Renard Jean-Bruno, 2002 (1992), *Légendes urbaines. Rumeurs d'aujourd'hui*, Paris, Payot & Rivages
- Caradec Vincent, 2003, « Le "soi intime" à la lumière de la recomposition conjugale tardive », *Sociologie et société*, vol. 35, n°2, pp. 97-120
- Cardi Coline, 2007, « La "mauvaise mère" figure féminine du danger », *Mouvements*, n°49, janvier-février, pp. 27-37
- Cardia-Vonèche Laura, Osiek Françoise, Bastard Benoit, 1992, « Les manières de faire face au risque du sida. Quelques réflexions pour une conceptualisation sociologique des modalités des relations affectives et sexuelles », *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 2, pp. 311-327

- Caron Jean-Claude, 2001, « Jeune fille, jeune corps : objet et catégorie (France, XIX^e-XX^e siècles) », in Louise Bruit Zaidman, Gabrielle Houbre, Christiane Klapisch-Zuber, Pauline Schmitt-Pantel (dir), *Le corps des jeunes filles de l'antiquité à nos jours*, Paris, Perrin, pp. 167-188
- Centre Régional d'Information et Prévention Sida – Provence Alpes Côte d'Azur (CRIPS), 1998, *Prise de risques et évolution des comportements dans la population homosexuelle*, Dossier de synthèse documentaire, février, [en ligne www.lecrips.net]
- Chaland Karine, 2001, « Pour un usage sociologique de la double généalogie philosophique de l'individualisme », in François de Singly (dir.), *Être soi d'un âge à l'autre. Famille et individualisation*. Tome 2, Paris, L'Harmattan, pp. 31-43
- Chamboredon Jean-Claude, 1985, « Adolescence et post-adolescence : la "juvénisation". Remarques sur les transformations récentes des limites et la définition sociale de la jeunesse », in Anne-Marie Alléon, Odile Morvan, Serge Lebovici (Eds), *Adolescence terminée, adolescence interminable*, Paris, PUF, pp. 13-28
- Champagne Patrick, Lenoir Rémi, Merllié Dominique, Pinto Louis, 1999 (1989), *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod
- Charbonneau Johanne, 2003, *Adolescentes et mères : histoire de la maternité précoce et soutien du réseau social*, Laval, Presses Universitaires de Laval
- Charbonneau Johanne, Estèbe Philippe, 2001, « Entre l'engagement et l'obligation. L'appel à la responsabilité à l'ordre du jour », *Lien social et politique*, n°46, pp. 5-15
- Choquet Olivier, 1988, « Les sorties : une occasion de contacts », *Économie et statistique*, INSEE, n°124, pp. 19-25
- Cicchelli Vincenzo, 2001, *La construction de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études*, Paris, PUF
- Cingolani Patrick, 2006, *La précarité*, Paris, PUF
- Clair Isabelle, 2005, *Amours sous silence. La socialisation amoureuse des jeunes de milieux populaires*, Thèse de doctorat soutenue à l'université Paris-Descartes, sous la direction de François de Singly
- Coeytaux Francine, Pillsbury Barbara, 2001, « Bringing Emergency Contraception to American Women : The History and Remaining Challenges », *Women's health*, vol. 11, n°2, march-avril, pp. 80-86
- Collomb Philippe, 1979, « La diffusion des méthodes contraceptives modernes en France de 1971 à 1978 », *Population*, n°6, pp. 1045-1065
- Cotton Sian, Mills Lisa, Succop Paul A., Biro Frank M., Rosenthal Susan L., 2004, « Adolescent Girls' Perceptions of the Timing of Their Sexual Initiation : 'Too Young' or 'Just Right' ? », *Journal of adolescent Health*, 34, pp. 453-458
- Cresson Geneviève, 1991, « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, vol.41, n°3, pp. 31-44
- Cresson Geneviève, 2004, « De l'idéal égalitaire aux pratiques inégalitaires, quelles "réorganisations" ? », in Yvonne Knibiehler, Gérard Neyrand, *Maternité et parentalité*, Rennes, Editions de l'ENSP, pp. 117-125

- Cresson Geneviève, 2006, « Les hommes et l'IVG, expérience et confiance », *Sociétés contemporaines*, n°61, pp. 65-89
- Darmon Muriel, 2003, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La découverte
- Dayan-Hezbrun Sonia, 1991, « La sexualité au regard des sciences sociales », *Sciences sociales et santé*, n°9, pp. 7-22
- Delor François, 1997, *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*, Paris, L'Harmattan
- Delor François, 1999, « Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du sida, in France Lert, Yves Souteyrand (dir), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, pp. 85-100
- Delor François, 2003, « Homosexualité et reconnaissance », in Christophe Broca, France Lert, Yves Souteyrand (dir), *Homosexualités et sida, tensions sociales et identitaires*, Paris, ANRS, pp. 273-291
- Déroff Marie-Laure, 2007, *Homme-Femme : la part de la sexualité. Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*, Rennes, PUR
- Devreux Anne-Marie, Ferrand Michèle, 1986, « Nouvelle paternité ou parentalité masculine ? », *Le groupe familial*, n°110, pp. 48-53
- Dubet François, 1991, *Les lycéens*, Paris, Seuil
- Durand Sandrine, 2002, « Contraception et IVG chez les jeunes femmes », in Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (dir), *Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, Paris, pp. 249-302
- Duret Pascal, 1999, *Les jeunes et l'identité masculine*, Paris, PUF
- Durkheim Emile, 1975 (1911), « *Débat sur l'éducation sexuelle* » Extrait du Bulletin de la Société française de philosophie, 11, 1911, pp. 33-47. Reproduit in Émile Durkheim, Textes. 2. Religion, morale, anomie, pp. 241-251, Paris, Éditions de Minuit. [en ligne]
- Durkheim Emile, 1997 (1897), *Le suicide*, Paris, PUF
- Echard Nicole, 1985, « Même la viande est vendue avec le sang. De la sexualité des femmes, un exemple. », in Nicole-Claude Mathieu (dir), *L'arraisonnement des sexes*, Cahiers de l'Homme, n°24, EHESS, pp. 37-57
- Ellertson Charlotte, 1996, « History and efficacy of emergency contraception : beyond Coca-Cola », *Family Planning Perspectives*, vol 28, n°2, march-avril, pp. 44-48
- Ericksen Julia A., Steffen Sally A, 1999, *Kiss and tell. Surveying sex in the twentieth century*, Harvard, Harvard University Press
- Evans Anne (dir.), 2002, *Données de la situation sanitaire et sociale en France en 2002*, Paris, DRESS
- Ferrand Alexis, 1991, « La confiance : des relations au réseau », *Sociétés Contemporaines*, n°5, pp. 7-20
- Ferrand Alexis, Mounier Lise, 1993, « L'échange de paroles sur la sexualité : une analyse des relations de confiance », *Population*, n°5, pp. 1451-1475

- Ferrand Alexis, Mounier Lise, 1998, « Influence des réseaux de confiance sur les relations sexuelles », in Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alexis Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira (eds), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, INED-PUF, pp. 255-303
- Ferrand Michèle, 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi les enjeux », *Revue Française de Sociologie*, vol. 23, n°3, pp. 383-396
- Ferrand Michèle, 2004, *Féminin, Masculin*, Paris, La Découverte
- Fine Agnès, 1986, « Savoirs sur le corps et procédés abortifs au XIXème siècle », in « Dénatalité, l'antériorité française, 1880-1914 », *Communications*, n°44, pp. 107-136
- Fine Agnès, 2001, « Maternité et identité féminine », in Yvonne Knibiehler (dir), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard, pp. 61-76
- Flandrin Jean Louis, 1983, *Un temps pour embrasser*, Paris, Seuil
- Flandrin Jean-Louis, 1981 « Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'occident chrétien », *Le sexe et l'occident*, Paris, Seuil, pp. 109-126
- Forrest Darroch Jacqueline, Singh S., 1991, « The sexual and reproductive behavior of American women 1982-1988 », *Family Planning Perspectives*, vol. 22, pp. 206-214
- Foucault Michel, 1976, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, vol. 1, Paris, Gallimard
- Gagnon John, 1999, « Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, pp. 73-79
- Gagnon John, Simon William, 1973, *Sexual conduct. The social sources of human sexuality*, Chicago, Aldine
- Gagnon, John, 1990, « The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex Research », *Annual Review of Sex Research*, n°1, pp. 1-43
- Galland Olivier, 2000, « Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives, mais resserrées », *Économie et statistique*, n°337-338, pp. 13-36
- Galland Olivier, 2001 (1991), *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin
- Gaudet Stéphanie, 2001, « La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte », *Lien Social et Politiques*, n°46, pp. 71-83
- Giami Alain, 1993, « Parler avec un partenaire », in Alfred Spira, Nathalie Bajos (dir), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française, Chapitre 6, pp. 180-188
- Giami Alain, 1995, « Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida », in Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alain Giami, Véronique Doré, Yves Souteyrand (dir), *Sexualité et sida, recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, pp. 15-33
- Giami Alain, Schiltz Marie-Ange (dir.), 2004, *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*, Paris, INSERM
- Giddens Anthony, 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan
- Giddens Anthony, 2004 [1992], *La transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Paris, La Rouergue/Chambon

- Girard Alain, 1964, « Le choix du conjoint : Une enquête psycho-sociologique en France », *Population*, vol. 19, n°4, août, pp. 727-732
- Girard Alain, Samuel Raul, 1956, « Une enquête sur l'opinion publique à l'égard de la limitation des naissances » *Population*, vol 11, n°3, juillet, pp. 481-506
- Girard Alain, Zucker Élisabeth, 1967, « Une enquête auprès du public sur la structure familiale et la prévention des naissances », *Population*, vol.22.3, mai, pp. 401-454
- Glasier A., 1997, « Emergency postcoital contraception », *The New England Journal of Medicine*, n° 337: 1058-64
- Goffman Erving, 1973a [1959], *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Les éditions de Minuit
- Goffman Erving, 1973b [1971], *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Les éditions de Minuit
- Goffman Erving, 1975 [1963], *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les éditions de Minuit
- Goffman Erving, 2002 [1977], *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute
- Goulard Hélène, Bajos Nathalie, Job-Spira Nadine, équipe COCON, 2003, « Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n°31, pp. 724-729
- Goulard Hélène, Moreau Caroline, Gilbert Fabienne, Job-Spira Nadine, Bajos Nathalie, and Cocon group, 2006, « Contraceptive failures and determinants of EC use », *Contraception*, n°74, pp. 208-213
- Grimes D., Von Hertzen H., Piaggio G., Van Look P., 1998, « Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception », *The Lancet*, 8 août, vol. 352, pp. 428-433
- Grisoni Dominique, 1982, « Le XX^e siècle. Les preuves des corps », in *La première fois ou le roman de la virginité perdue à travers les siècles et les continents*, Paris, Ramsay, pp. 21-117
- Guyard Laurence, 2002, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, n°27, pp. 81-92
- Guyard Laurence, 2005, « La consultation gynécologique. Un espace de liberté de parole pour les femmes ? », in Didier Le Gall (dir), *Genres de vie et intimités. Chronique d'une autre France*, Paris, L'harmattan, pp. 237-249
- Hamel Christelle, 2002, « La « masculinité » dans le contexte de la « galère » : le cas des garçons français maghrébins face aux risques d'infection par le VIH », in *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, ANRS, collection Sciences sociales et sida, juillet 2002, pp. 85-98
- Hardon A., 1992, « The needs of women versus the interest of family planning personnel, policy makers and researchers : conflicting views on safety and acceptability of contraceptives », *Social science and medicine*, vol. 35, n°6, pp.753-766
- Hyde Abbey, Etaoine Howlett, Dympna Brady, Drennan Jonathan, 2005, « The focus group method: insights from focus group interviews on sexual health with adolescents », *Social science & Medicine*, vol. 61, pp. 2588-2599

- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), 2007, *Contraception, ce que savent les français. Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*, Dossier de presse, juin [en ligne]
- Isambert François-André, 1982, « Une sociologie de l'avortement est elle possible ? », *Revue Française de Sociologie*, vol. 23, pp. 359-381
- Jacques Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF
- Jaspard Maryse, 1997, *La sexualité en France*, Paris, La découverte
- Jaspard Maryse, 2005a, *Les violences contre les femmes*, Paris, La découverte
- Jaspard Maryse, 2005b, *Sociologie des comportements sexuels*, Paris, La découverte
- Jones Élise, Forrest Jacqueline Darroch, 1992, « Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG », *Family Planning Perspectives*, vol. 24, n°1, janvier-février, pp. 12-19
- Jourdain Alain, 1977, « Enquête sur la contraception à Rennes », *Population*, n°6, pp. 1301-1306
- Journet Odile, 1985, « Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Maternité et ordre social chez les Joola de Basse-Casamance », in Nicole-Claude Mathieu (dir), *L'arraisonnement des sexes*, Paris, EHESS, pp. 17-36
- Juhem Philippe, 1995, « Les relations amoureuses des lycéens », *Sociétés Contemporaines*, n°21, pp. 29-42
- Kafé Hélène, Brouard Nicolas, 2000, « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? », *Population et société*, octobre, n°361, pp. 1-4
- Kaufmann Jean-Claude, 1996, *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan
- Kaufmann Jean-Claude, 2001, *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*, Paris, Pocket
- Kaufmann Jean-Claude, 2002, *Premier matin : comment naît une histoire d'amour*, Paris, Pocket
- Kaufmann Jean-Claude, 2003 (1993), *Sociologie du couple*, Paris, PUF
- Knibiehler Yvonne, 1996a, « Etat des savoirs, Perspectives de recherche », in « Le temps des jeunes filles », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n°4, Toulouse, Presse universitaire du Mirail, [en ligne]
- Knibiehler Yvonne, 1996b, « L'éducation sexuelle des filles au XXè siècle », in « Le temps des jeunes filles », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n°4, Toulouse, Presse universitaire du Mirail, [en ligne]
- Knibiehler Yvonne, 2002, *La sexualité et l'histoire*, Paris, Odile Jacob
- Knibiehler Yvonne, Bernos Marcel, Ravoux-Rallo Elisabeth, Richard Eliane, 1983a, *De la pucelle à la minette. Les jeunes filles de l'âge classique à nos jours*, Paris, Messidor
- Knibiehler Yvonne, Fouquet Catherine, 1983b, *La femme et les médecins*, Paris, Hachette
- Knibiehler, Yvonne (dir), 2001, *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard

- Lagrange Hugues, 1991, « Un gramme cinq de latex : les hétérosexuels face au risque du sida et la prévention », *Les Temps Modernes*, n°536, pp. 17-146
- Lagrange Hugues, 1998, « Le sexe apprivoisé ou l'invention du flirt », *Revue Française de Sociologie*, vol. 39, n°1, pp. 139-175
- Lagrange Hugues, 1999, *Les adolescents, le sexe, l'amour*, Paris, Syros
- Lagrange Hugues, Lhomond Brigitte (dir), 1997, *L'entrée dans la sexualité, le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, La découverte
- Laumann Edward O., Gagnon John H., Michael Robert T., Michaels Stuart, 1994, *The Social Organization Of Sexuality. Sexual Practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press
- Laveissière M.N., Pelissier C., Lê M.G., 2003, « La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, n°31 (3), pp. 220-229
- Le Bras Hervé, 1981, « Histoire secrète de la fécondité », *Le Débat*, n°8, janvier, pp. 77-101
- Le Gall Didier, 1999, « Amours adolescentes entre révélation et blessure intime », *Dialogue*, n°146, pp. 15-24
- Le Gall Didier, 2001, « Pré-constructions sociales et constructions scientifiques de la sexualité. Les questionnaires des enquêtes quantitatives », *Sociétés contemporaines*, n°41-42, pp. 65-82
- Le Gall Didier, Le Van Charlotte, 1999, « Le premier rapport sexuel : de l'idéal au désastre », *Dialogue*, n°146, pp. 25-34
- Le Gall Didier, Le Van Charlotte, 2003, « La première fois », *Sociologie et société*, vol. 35 n°2, pp. 35-57
- Le Gall Didier, Le Van Charlotte, 2007, *La première fois, le passage à la sexualité adulte*, Paris, Payot
- Le Naour Jean-Yves, Valenti Catherine, 2003, *Histoire de l'avortement, XIXè-XXè*, Paris, Seuil
- Le Talec Jean-Yves, 2000, *Le risque du sexe, entre rumeur et réalité - La prévention de la transmission du VIH chez les homosexuels masculins. État des lieux du dispositif à Paris, établi entre janvier et juillet 2000*, Rapport de recherche consultable sur www.multisexualités-et-sida.org
- Le Van Charlotte, 1998, *Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan
- Le Van Charlotte, 2002, « La grossesse à l'adolescence : une singularité plurielle », in Juan Salvador et Le Gall Didier (dir), *Conditions et genres de vie. Chroniques d'une autre France*, Paris, L'harmattan, pp. 395-406
- Lebrun François, 1991, « Les débuts de la contraception », in Georges Duby (dir), *Amour et sexualité en occident*, Paris, Seuil
- LeGoff Jean-Marie, 2005, « Contraception et souhait d'enfant », in Jean-Marie LeGoff et Claudine Sauvain-Dugerdil, « Maternité et parcours de vie », *Population, famille et société*, vol. 4, Berne, Peter Lang, pp. 137-178

- Lepoutre David, 1999, « Action ou vérité. Notes ethnographiques sur la socialisation sexuelle des adolescents dans un collège de banlieue », *Ville École Intégration*, n°116, mars, pp. 171-184
- Leridon Henri, 1979, « Les pratiques contraceptives en France (1978) », *Population et sociétés*, n°120, janvier, pp. 1-4
- Leridon Henri, 1987, « La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances de 1950 à 1985 », *Population*, n°42, pp. 359-367
- Leridon Henri, 1998, *Les enfants du désir*, Paris, Hachette
- Leridon Henri, Charbit Yves, Collomb Philippe, Sardon Jean-Paul, Toulemon Laurent, 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances de 1950 à 1985*, Paris, INED, PUF, Cahier n°117
- Leridon Henri, Oustry Pascale, Bajos Nathalie, et l'équipe COCON, 2002, « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, n°381, juillet-août
- Leridon Henri, Toulemon Laurent, 1988, *Enquête fécondité INED-INSERM-INSEE (ERN 1988)*, questionnaire INED, [en ligne]
- Levinson Sharman, 1997, « L'organisation temporelle des premières relations sexuelles », in Hugues Lagrange, Brigitte Lhomond (dir), *L'entrée dans la sexualité*, pp. 225-254
- Levinson Sharman, 2001, *Les « histoires de référence » : cadres socio-temporels et représentations des premières relations sexuelles*, thèse de psychologie sociale, EHESS
- Levinson Sharman, 2003, « Risques affectifs et risques pour la santé : histoires de confiance chez les jeunes », in Geneviève Paicheler et Maria Andréa Loyola (dir), *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, pp. 133-156
- Lhomond Brigitte, 1993, « Les enquêtes sur les comportements sexuels de Kinsey au rapport gai », *Sociétés*, n°39, pp. 29-38
- Loriol Marc, 2004, « Etre jeune est-il dangereux pour la santé ? », in Catherine Pugeault-Cicchelli, Vincenzo Cicchelli, Tariq Ragi (dir), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, PUF, pp. 99-112
- Lydié Nathalie, Léon Christophe, 2005a, « Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse ». In Philippe Guilbert, Arnaud Gautier (dir), *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, Paris, INPES, pp. 103-108
- Lydié Nathalie, Léon Christophe, 2005b, « Sexualité, IST et dépistage du VIH », in Philippe Guilbert, Arnaud Gautier (dir), *Baromètre santé 2005, premiers résultats*, Paris, INPES, pp. 109-117
- Maillochon Florence, 1998, *Election des partenaires au temps du sida. Une approche configurationnelle des relations des jeunes*, Thèse de sociologie sous la direction de Hervé Le Bras, EHESS
- Maillochon Florence, 2001a, « Entrer 'en couple' ou 'sortir ensemble' ? Topographie intime des premières relations amoureuses », *Agora*, n°23, pp. 35-50

- Maillochon Florence, 2001b, « L'âge des amours. Différence d'âge entre partenaires et construction du genre au moment de l'initiation sexuelle », *Revue Europea*, n°1-2, pp. 47-64
- Maillochon Florence, 2003b, « Dire et faire : évolution des normes de comportements sexuels des jeunes dans la seconde partie du XX^e siècle », in Geneviève Paicheler et Maria Andréa Loyola (dir), *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, pp. 117-132
- Maillochon Florence, Mogoutov Andrei, 1997, « Sociabilité et sexualité », in Lagrange Hugues, Lhomond Brigitte (dir.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, La découverte, pp. 81-118
- Mardon Aurélia, 2005, « Comment la parure vient aux jeunes filles. Socialisation corporelle et lingerie », in Le Gall (dir) *Genres de vie et intimités, chronique d'une autre France*, Paris, L'harmattan, pp. 221-235
- Mardon Aurélia, 2006, *La socialisation corporelle des préadolescentes*, Thèse de doctorat soutenue à l'université Paris-Nanterre, sous la direction de Martine Ségalen
- Marquet Jacques, Huynen Philippe, Ferrand Alexis, 1997, « Modèles de sexualité conjugale. De l'influence normative du réseau social », *Population*, n°6, pp. 1401-1438
- Mathieu Nicole-Claude (dir), 1985, *L'arraisonnement des sexes : essai en anthropologie des sexes*, Cahiers de l'Homme, Paris, EHESS
- Mathieu Nicole-Claude, 1991, *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté femmes
- McLaren Angus, 1996 [1990], *Histoire de la contraception*, Paris, Noësis
- McLaren Anne, 1999, « Problèmes de planification familiale dans les pays développés : une perspective féminine », in Etienne-Emile Baulieu, Françoise Héritier, Henri Leridon (dir), *Contraception, contrainte ou liberté ?*, Paris, O. Jacob, pp. 185-197
- Mead George Herbert, 1963 [1934], *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF
- Memmi Dominique, 2001, « Surveiller les corps aujourd'hui : un dispositif en mutation ? », in Sfez Lucien (dir), *L'utopie de la santé parfaite*, Colloque du Cerby, pp. 173-184
- Memmi Dominique, 2003, « Qui contrôle la sexualité de nos enfants ? », *Famille en scènes : bousculée, réinventée, toujours inattendue*, sous la direction de Marcela Iacub, Patrice Maniglier, Autrement, série Mutation, n°220, mars 2003, pp. 40-47
- Mendes-Leite Rommel, 1995, « Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida » *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, n°18, pp. 93-103
- Mendes-Leite Rommel, 1996, « Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique », *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, Paris, ANRS, pp. 65-76
- Mendes-Leite Rommel, Proth Bruno, de Busscher Pierre-Olivier, 2000, *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida. Trois essais sur les (homo)sexualités masculines*, Paris, L'harmattan

- Moreau Caroline, Bajos Nathalie, Trussell James, 2006, « The impact of pharmacy access to emergency contraception pills in France », *Contraception*, n°73, pp. 602-608
- Mossuz-Lavau Janine, 2001, « Quand les mères se taisent », in Yvonne Knibiehler (dir), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard, pp. 153-170
- Mossuz-Lavau Janine, 2002, *Les lois de l'amour*, Paris, Payot
- Mossuz-Lavau Janine, 2003a, « La loi et les mœurs. Politiques de la sexualité et comportements sexuels en France », *Cosmopolitiques*, n°4, pp. 145-156
- Mossuz-Lavau Janine, 2003b, « Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention : la sexualité dans les milieux de la précarité », in Geneviève Paicheler et Maria Andréa Loyola (dir), *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, pp. 101-115
- Moulin Caroline, 2005, *Féminités adolescentes. Itinéraires personnels et fabrication des identités sexuées*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes
- Neyrand Gérard, 1999, « Le sexuel comme enjeu de l'adolescence », *Dialogue*, n°146, pp. 3-13
- Nisand Israël, Toulemon Laurent, 2006, *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*, Haut Conseil de la Population et de la Famille, rapport présenté en décembre
- Novaes Simone B., 1982, « Les récidivistes », *Revue Française de Sociologie*, vol. 23, n°3, pp. 473-485
- Observatoire Régional de Santé (ORS), 2001, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001*, Commissariat Général du Plan, ANRS, ORS Île de France
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2000, « Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue Française de Sociologie*, vol. 41, n°3, pp. 417-445
- Organisation Mondiale de la santé (OMS), 1996, *Choix et méthodes contraceptives, guide pratique et théorique*, OMS, Genève
- Ottesen Sandrine, Narring Françoise, Renteria Saira-Christine, Michaud Pierre-André, 2002, « Comment améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescents ? », *Journal de gynécologie obstétrique de biologie de la reproduction*, avril, vol. 31, pp. 144-151
- Paicheler Geneviève, 1995, « Normes et représentations comme déterminants sociaux de la sexualité », in Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alain Giami (coord.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, pp. 99-116
- Paicheler Geneviève, Quemin Alain, 1994, « Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du sida », *Sciences sociales et santé*, n°12.4, pp. 45-72
- Pan Ké Shon Jean-Louis, 1998, « D'où mes amis sont venus ?... », *Insee Première*, n°613, octobre
- Peretti-Watel Patrick (dir.), 2005, *Problèmes politiques et sociaux. Les comportements à risque*, Paris, La Documentation Française, n°919

- Peretti-Watel Patrick, 2002, « Peur, danger, menace... Le poids des représentations », *Sciences Humaines*, n°124 février, pp. 34-39
- Peretti-Watel Patrick, 2003, « Demain j'arrête... portraits statistiques des « fumeurs dissonants » », *Revue Epidémiologie Santé Publique*, n°51, pp. 215-226
- Peto Danièle, Rémy Jean, Van Campenhoudt Luc, Hubert Michel, 1992, *Sida, l'amour face à la peur*, Paris, L'Harmattan
- Pierret Janine, 1994, « Dites-leur ce qu'il ne m'est pas possible de dire », *Discours social*, vol. 6, n°3-4, pp. 33-46
- Pierret Janine, 2004, « Place et usage de l'entretien en profondeur en sociologie », in Dan Kaminski et Michel Kokoreff (dir), *Sociologie pénale : système et expérience*, Ramonville, Eres, 2004, pp. 199-213
- Pollak Michael, 1982, « L'homosexualité masculine, ou : le bonheur dans le ghetto ? », in Philippe Ariès, André Béjin (dir.), *Sexualités occidentales*, Paris, Seuil, pp. 56-79
- Pollak Michael, Schiltz Marie-Ange, 1987, « Identité sociale et gestion d'un risque de santé. Les homosexuels face au sida », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°68, pp. 77-102
- Prost Antoine, 1987, *Histoire de la vie privée*, Tome 5, Paris, Seuil
- Proth Bruno, 2003, *Lieux de drague, scènes et coulisses d'une sexualité masculine*, Toulouse, Octarès Editions
- Pugeault-Cicchelli Catherine, Cicchelli Vincenzo, Ragi Tariq, 2004, *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, PUF
- Quivy Raymond, Van Campenhoudt Luc, 1995, *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod
- Ramos Elsa, 2000, *La construction du « chez soi » : les étudiants qui cohabitent avec leurs parents*, Thèse soutenue à l'université Paris 5, sous la direction de François de Singly
- Reiss Ira, 1986, « A sociological journey into sexuality », *Journal of marriage and the family*, vol. 48, n°2, pp. 233-242
- Renard Jean-Bruno, 2006 (1999), *Rumeurs et légendes urbaines*, Paris, PUF
- Ross John A., 1989, « Contraception short term vs long term failures rates », *Family Planning Perspectives*, vol. 21, n°6, nov-déc, pp. 275-277
- Rossier Clémentine, 2005, « Les comportements et attitudes en matière d'interruptions de grossesse », in Jean-Marie LeGoff Claudine Sauvain-Dugerdil et al., « *Maternité et parcours de vie* », *Population, famille et société*, vol.4, Berne, Peter Lang, pp. 179-235
- Rossier Clémentine, Leridon Henri et l'équipe Cocon, 2004, « Pilule et préservatif, substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 », *Population*, n°59.3, pp. 449-478
- Sardon Jean-Paul, 1986, « La collecte des données sur les pratiques contraceptives : les enseignements de l'enquête INED-INSEE de 1978 », *Population*, n°1, pp. 73-91
- Schiltz Marie-Ange, 1999, « Séropositivité, sexualité et risques », in France Lert, Yves Souteyrand (dir), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, pp. 13-29

- Schiltz Marie-Ange, Jaspard Marie, 2003, « Amour et sexualité dans la conjugalité : évolution des interrogations des années cinquante à nos jours », in Maria Andréa Loyola et Geneviève Paicheler, *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, pp. 69-100
- Schwartz Olivier, 1990, *Le monde privé des ouvriers*, Paris, PUF
- Shorter Edward, 1984, *Le corps des femmes*, Paris, Seuil
- Simmel Georg, 1995 [1912], *Le conflit*, Paris, Circé
- Simmel Georg, 1999 [1908], *Sociologie. Étude sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF
- Simmel Georg, 2004, [1908)], « Digression sur l'étranger », in Yves Grafmeyer et Isaac Joseph, *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Flammarion, pp. 53-59
- Simon Pierre, Gondonneau Jean, Mironer Lucien, Dourlen-Rollier Anne Marie, 1972a, *Rapport Simon sur le comportement sexuel des français*, Paris, Julliard et Charron
- Simon Pierre, Gondonneau Jean, Mironer Lucien, Dourlen-Rollier Anne-Marie, 1972b, *Rapport Simon sur le comportement sexuel des français*, ed. abrégée, Paris, Julliard et Charron
- Singly François de, 1987, *Fortune et infortune de la femme mariée*, Paris, PUF
- Singly François de, 1990, « L'homme dual », *Le débat*, n°61, pp. 138-151
- Singly François de, 1995, « Le vizir, le sultan et ses deux amours », *Sexualité et Sida*, Collection sciences sociales et Sida, Paris, ANRS, 1996, pp. 159-181
- Singly François de, 1996, *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan
- Singly François de, 2000, « Penser autrement la jeunesse », *Lien social et politique*, n°43, pp. 9-21
- Singly François de, 2001a, « Et l'enfance qui finit », *Dialogue*, n°153, pp. 3-10
- Singly François de, 2001b, « Charges et charmes de la vie privée », in Jacqueline Laufer, Catherine Marry, Margaret Maruani, *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, PUF, pp. 149-167
- Singly François de, 2003, « Intimité conjugale et intimité personnelle. A la recherche d'un équilibre entre deux exigences dans les sociétés modernes avancées », *Sociologie et sociétés*, vol. 35, n°2, pp. 79-96
- Singly François de, 2004a, « La spécificité de la jeunesse dans les sociétés individualistes », *Comprendre*, n°5, pp. 259-274
- Singly François de, 2004b, « Le statut de l'enfant dans la famille contemporaine », *Enfants adultes, vers une égalité de statuts ?*, Paris, Universalis, pp. 17-32
- Singly François de, 2005, *L'individualisme est un humanisme*, Paris, Editions de l'Aube
- Singly François de, 2006, *Les adonassants*, Paris, Armand Colin
- Sohn Anne-Marie, 1996a, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIX^e-XX^e siècles)*, Volume II, Paris, Publications de la Sorbonne
- Sohn Anne-Marie, 1996b, *Du premier baiser à l'alcôve. La sexualité des Français au quotidien (1850-1950)*, Paris, Aubier

- Spencer Brenda, 1999, « La femme sans sexualité, l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, juin, pp. 29-33
- Spira Alfred, Bajos Nathalie et l'équipe ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française
- Strauss Anselm L., 1992, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié
- Sztalryd Jean-Marie, 1993, « Communication familiale et sexualité », in Alfred Spira, Nathalie Bajos et le groupe ACSF (dir), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation Française, pp. 186-194.
- Tabet Paola, 1985, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », in Nicole-Claude Mathieu (dir), *L'arraisonnement des sexes*, EHESS, pp. 61-146
- Tabet Paola, 1998, *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan
- Thébaud Françoise, 1991, « La peur au ventre », *Amour et sexualité en occident*, Paris, Seuil, p. 285-297
- Théry Irène, 1999 « "Une femme comme les autres" séropositivité, sexualité et féminité », in France Lert, Yves Souteyrand (dir), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, pp. 113-136
- Toulemon Laurent, Leridon Henri, 1991, « Vingt années de contraception en France, 1968-1988 », *Population*, n°4, pp. 777-812
- Toulemon Laurent, Leridon Henri, 1995, « La diffusion des préservatifs : contraception et prévention », *Population et Sociétés*, n°301
- Toulemon Laurent, Leridon Henri, Villeneuve-Gokalp Catherine, Lantoin Catherine, 1994, *Les situations familiales et l'emploi*, Enquête ESFE, Paris, INED
- Trussell James, Duran V., Shochet T., et al., 2000, « Access to emergency contraception », *Obstetric Gynecology*, vol. 95, n°2, pp. 267-270
- Turki Rim, Ferrand Michèle, Bajos Nathalie, 2002, « Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine : un rapport spécifique à la contraception ? » in Nathalie Bajos, Michèle Ferrand (dir), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, pp. 303-336.
- Van Campenhoutd Luc, 1998, 1998, « Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH », in *Le Sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, ANRS, Collection Sciences sociales et Sida, Juillet, pp. 71-80
- Van Campenhoutd Luc, 2004, « Théorisation sociologiques de la norme et de la transgression dans les relations sexuelles », in Jacques Marquet (dir) *Normes et conduites sexuelles, approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain La Neuve, Academia Bruylant, pp. 189-205
- Van de Walle Etienne, 2005, « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? », *Population et Société*, INED, n°418, décembre, pp. 1-4
- Van Gennep Arnold, 1992 [1909], *Les rites de passage*, Paris, A&J Picard
- Vénard André, Ariès Philippe, 1954, « Deux contributions à l'histoire des pratiques contraceptives », *Population*, n°4, pp. 683-698

- Vigarelo Georges, 1998, *Histoire du viol, XVIè-XXè siècle*, Paris, Seuil
- Vilain Annick, 2006, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 », *Etudes et Résultats*, DRESS, septembre, n°522, pp. 1-4
- Warszawski Josiane, Bajos Nathalie, 2001, « Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles », in Philippe Guilbert (dir.), *Baromètre santé 2000. Résultats*, Vanves, CFES, pp. 209-232
- Welzer-Lang Daniel, 2005, *La planète échangiste*, Paris, Payot
- Westoff Charles F., 1988, « Unintended pregnancy in America and Abroad », *Family Planning Perspectives*, vol. 20, n°6, novembre-décembre, pp. 254+257-261
- Wood Katharine, Maforah Fidelia, Jewkes Rachel, 1998, « “He force me to love him” : putting violence on adolescent sexual health agendas », *Social Science and Medecine*, vol. 47 n°2, pp. 233-242
- Zabin Laurie, 1986, « Evaluation of pregnancy prevention program for urban teenagers », *Family planning perspectives*, n°119, pp. 122-124

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7

PARTIE – I CONSTRUCTION DE L’OBJET ET POSITIONNEMENT METHODOLOGIQUE13

CHAPITRE 1 – POINTS DE VUE HISTORIQUE, JURIDIQUE ET STATISTIQUE SUR LA CONTRACEPTION	15
1. <i>Détours historiques et législatifs sur la contraception</i>	16
1.1. Aperçu historique de la régulation des naissances	16
La gestion de la fécondité hors du contrôle de l’église	17
1.2. La légalisation de la contraception.....	20
Les grossesses à l’adolescence, un enjeu de santé publique	24
La légalisation de la contraception d’urgence.....	26
2. <i>Lever les ambiguïtés de l’expression « pilule du lendemain »</i>	30
L’inconvénient du singulier	31
Le mot « pilule » en question.....	32
Les limites du « lendemain »	32
Privilégier l’expression « contraception d’urgence ».....	34
3. <i>La contraception, un objet d’enquêtes sociologiques récent</i>	35
3.1. L’intérêt pour la contraception dans l’enquête Simon (1972)	38
3.2. Les premières enquêtes exclusivement sur la contraception après la légalisation.....	39
3.3. Les recherches sur la sexualité des années 1990 marquées par le sida	42
3.4. Les récentes approches longitudinale et qualitative des pratiques contraceptives.....	46
3.5. La contraception d’urgence, comme objet de recherches.....	47
CHAPITRE 2 - LA CONTRACEPTION D’URGENCE COMME OBJET SOCIOLOGIQUE.....	51
1. <i>Un monde toujours plus grand à gérer soi-même</i>	52
La socialisation, une clé pour comprendre les pratiques.....	55
2. <i>Les mots pour se dire « jeune » et « femme »</i>	56
3. <i>Une approche biographique de la sexualité et de la contraception</i>	64
La contraception d’urgence, entre risque et précaution.....	69

CHAPITRE 3 – METHODE ET PRESENTATION DE L’ENQUETE.....	75
1. <i>Des entretiens compréhensifs semi-directifs</i>	75
Précisions sur l’âge des enquêtées	77
2. <i>L’enquête et ses terrains</i>	79
Deux lieux d’observations : le L.E.P. et le M.F.P.F.	79
Présentation des jeunes femmes enquêtées.....	83
3. <i>Déroulement des entretiens</i>	88
Méthodes de recrutement des enquêtées	88
La relation enquêtée-enquêtrice	90
Le lieu de l’entretien laissé au choix des jeunes femmes	91
Jeux et enjeux du regard en face à face	92
Effets de l’âge de l’enquêtrice.....	94
Présentation du guide d’entretien	95
Une enquête au féminin.....	98
4. <i>Tableau récapitulatif des jeunes femmes enquêtées</i>	99

PARTIE – II SOCIALISATION À LA SEXUALITÉ, DU BAISER À LA CONTRACEPTION105

INTRODUCTION	107
CHAPITRE 4 - CHOISIR SES « PETITS COPAINS » ET SES PARTENAIRES	111
1. <i>Lieux de rencontres</i>	113
2. <i>Attentes et désirs des jeunes femmes</i>	114
2.1. Anticiper la durée et l’intensité de la relation.....	115
2.2. « Sortir » ou « coucher », des enjeux différents	117
3. <i>Trois figures du « petit copain »</i>	121
3.1. La recherche du « mec idéal »	122
3.2. Le « beau gosse du bahut », pour les copines.....	125
3.3. Le « bon petit ami » qui conviendrait aux parents.....	129
4. <i>Influence du réseau relationnel sur le processus décisionnel</i>	131

CHAPITRE 5 - DU PREMIER BAISER AU PREMIER RAPPORT, LE TEMPS DES PREMIERES FOIS.....	133
1. Choisir ses mots pour parler de sentiments.....	134
2. Ouvrir une partie de son « jardin privé ».....	141
2.1. Les enjeux du premier baiser	141
Le premier baiser « doit être parfait »	142
Faire savoir son premier baiser	143
Les limitations de « l’affichage » du premier baiser	147
3. Avoir et raconter son premier rapport sexuel, un entourage féminin	154
3.1. Une première fois « inaugurale »	157
3.2. Pressions extérieures autour du passage à l’acte	162
Un désir de conformité au groupe de pairs	165
3.3. Raconter sa première fois à sa sœur ou à sa mère	168
CHAPITRE 6 – SEXUALITE ET CONTRACEPTION, DES INFORMATIONS INDISSOCIEES	177
1. L’accompagnement des mères.....	178
1.1. Conversations féminines sur le corps et la sexualité	179
1.2. De la mère à sa fille, transmettre des informations	180
1.3. De la fille à sa mère, découvrir et questionner	182
1.4. En l’absence des mères, les médias et le groupe de pairs.....	183
La télévision, les magazines et Internet pour « en savoir plus »	183
Les copines et la circulation de l’information	186
2. Les prescriptions des professionnels	189
2.1. Le médecin généraliste et le gynécologue en cabinet libéral.....	191
2.2. Les professionnels du planning familial.....	194
2.3. L’infirmière scolaire	197
2.4. Les représentations des professionnels sur les méthodes contraceptives et leurs utilisatrices.....	198
La pilule pour commencer	200
Le stérilet, une « contraception pour les mères »	201
La « pilule du lendemain », une méthode pour les jeunes.....	202
CHAPITRE 7 – DES RAPPORTS SEXUELS ET DES PRATIQUES CONTRACEPTIVES.....	207
1. Trois temps pour commencer sa biographie contraceptive.....	210
1.1. Avoir une contraception avant le premier rapport.....	212
1.2. Première contraception lors du premier rapport.....	216
L’utilisation du préservatif masculin	216
« Bricoler » sa contraception	219
La pilule pour le premier rapport	223
1.3. Quand la contraception vient après le premier rapport.....	225
2. Annoncer sa contraception, rendre possible un regard sur soi.....	230

3. <i>Variété des rapports sexuels vécus</i>	236
Sexualité épisodique et sexualité régulière.....	237
Rapports sexuels désirés, souhaités et acceptés.....	241
Rapports sexuels « cédés », influencés.....	244
Rapports sexuels forcés	249
PARTIE III – « ÉPREUVE » OU « EXPERIENCE », DEUX MANIERES DE VIVRE LA CONTRACEPTION D'URGENCE	257
INTRODUCTION.....	259
CHAPITRE 8 – LA PART DES SENTIMENTS DANS LA BIOGRAPHIE CONTRACEPTIVE	263
1. <i>Représentations des jeunes femmes sur les méthodes contraceptives</i>	265
« La pilule c'est bien, mais c'est quand même une contrainte ! »	265
« Le stérilet, ça rend stérile »	268
« Les autres méthodes, elles sont trop futuristes »	269
2. <i>« Choisir » une méthode contraceptive</i>	273
La norme de la « bonne contraception ».....	279
3. <i>L'intervention des hommes dans la décision de la contraception</i>	282
3.1. Une décision prise « par avance »	283
Prendre la pilule et assurer ses arrières, informer son partenaire.....	284
Les méthodes associées à l'acte, une discussion possible	286
3.2. « Sous la couette, ton cerveau il fonctionne plus pareil »	289
3.3. Ne pas discuter, ni décider sa contraception.....	292
3.4. Ne pas avoir de contraception	297
4. <i>À la recherche de la « bonne entente physique » et de la « bonne entente contraceptive »</i> ...	299
CHAPITRE 9 – DES UTILISATIONS DIFFERENTES DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE	303
Une digression fréquente sur l'avortement.....	305
1. <i>Faire des « petits arrangements » avec sa contraception</i>	307
Le prix et la pharmacie, des freins à l'utilisation.....	308
Les représentations des jeunes femmes sur la contraception d'urgence	310
Les critères du rapport potentiellement fécondant.....	314
La spécificité de l'« arrangement » après un viol.....	317
2. <i>Une utilisation unique de la contraception d'urgence</i>	324
La gestion difficile d'une contraception quotidienne	325
Faire un écart à sa règle.....	330
3. <i>Faire face à des rapports insuffisamment protégés</i>	336
Avoir droit à une « session de rattrapage ».....	337
Difficultés d'un suivi médical régulier	340
4. <i>Être protégée, se croire protégée</i>	355

CHAPITRE 10 - LE RECOURS A LA CONTRACEPTION D'URGENCE, L'OCCASION D'UN RETOUR SUR SOI ..	359
1. <i>Une « épreuve » à surmonter</i>	361
« Redevenir une petite fille »	363
Être « complètement folle »	370
« Faites ce que je dis, pas ce que je fais »	374
2. <i>Savoir gérer ses « expériences »</i>	379
« Se débrouiller »	380
« Se sentir un peu plus femme »	384
3. <i>Contraception d'urgence et construction de soi</i>	388
 CHAPITRE 11 - DES DOMAINES DE COMPETENCE DISTINCTS, ENTRE PRISE EN CHARGE ET PARTAGE	393
1. <i>La contraception une « affaire de femmes »</i>	394
Protection et contraception, des responsabilités différentes	396
« Assumer d'être une femme »	402
Mettre à l'écart son partenaire	407
2. <i>L'intensité du lien amoureux révélée par la participation du partenaire dans la gestion de la contraception d'urgence</i>	414
Partager les conséquences.....	414
Entre le « je » et le « nous », un équilibre difficile à trouver	419
La participation du partenaire vécue comme une intrusion	420
La participation du partenaire vécue comme un engagement	423
3. <i>Mettre en place des stratégies de protection identitaire</i>	427
 CONCLUSION	431
 ANNEXES	439
ANNEXE 1 PRECISIONS DE LECTURE	441
ANNEXE 2 PRESENTATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	443
ANNEXE 3 FICHE SIGNALETIQUE REMPLIE EN FIN D'ENTRETIEN	445
ANNEXE 4 METHODES CONTRACEPTIVES « MODERNES » DISPONIBLES EN FRANCE	447
ANNEXE 5 LOI N°2001-588 DU 4 JUILLET 2001	451
ANNEXE 6 EXTRAIT DE LA BROCHURE DU SIPS	457
 BIBLIOGRAPHIE.....	459