



HAL
open science

Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines

Cécile Ventola

► To cite this version:

Cécile Ventola. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines. Sociologie. Université Paris Saclay (COmUE), 2017. Français. NNT : 2017SACLS082 . tel-01795009

HAL Id: tel-01795009

<https://theses.hal.science/tel-01795009v1>

Submitted on 18 May 2018

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.

NNT : 2017SACLS082

THESE DE DOCTORAT
DE
L'UNIVERSITE PARIS-SACLAY
PREPAREE A
L'UNIVERSITE PARIS SUD

ECOLE DOCTORALE N°570

Santé publique
Spécialité sociologie

Par

Cécile Ventola

Prescrire, proscrire, laisser choisir :

Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des
contraceptions masculines

Thèse présentée et soutenue à Villejuif, le 15 mai 2017

Composition du Jury :

Nathalie Pelletier-Fleury, Directrice de recherches, INSERM, Présidente
Carole Brugeilles, Professeure de démographie, Université Paris Nanterre, Rapporteur
Brenda Spencer, Privat-docent et maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne,
Rapporteur
Hélène Bretin, Maîtresse de Conférence, Université Paris 13, Examinatrice
Henri Léridon, Directeur de recherches émérite, INED, Examineur
Nathalie Bajos, Directrice de recherches, INSERM, Directrice de thèse
Agnès Fine, Directrice d'études, École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Co-directrice de thèse

Titre : Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines

Mots clés : Genre, contraception, contraception masculine, médicalisation, études comparatives, système de santé

Résumé : Les usages contraceptifs en France et en Angleterre se distinguent fortement du point de vue du recours aux méthodes masculines : la vasectomie et le préservatif sont utilisés par la moitié des usager.e.s outre-Manche et par seulement 15% des personnes en France. À partir des années 1960, la médicalisation de la contraception est allée de pair avec sa féminisation, mais les modèles contraceptifs de chaque pays semblent ainsi accorder une place différente à la prise en charge masculine des responsabilités en matière de régulation de la fécondité.

Pour comprendre comment ces modèles plus ou moins sexués sont socialement construits, cette thèse compare les contextes institutionnels de la prescription contraceptive qui contribuent à définir le champ des possibles et du souhaitable pour les usager.e.s. Outre une analyse comparative historique et institutionnelle approfondie, ce travail s'appuie sur 33 entretiens semi-directifs avec les professionnel.le.s de santé dans les deux pays afin d'éclairer les logiques qui structurent leurs pratiques et participent à la définition des normes contraceptives.

Cette analyse comparative met en évidence l'impact de traditions politiques contrastées en matière de régulation des naissances : l'héritage de l'eugénisme britannique est plus favorable au recours à des méthodes contraceptives définitives que le natalisme français. Par ailleurs, les systèmes de santé français et britannique se distinguent par leur degré d'encadrement de la formation et des pratiques médicales. En France, la faiblesse de cet encadrement autorise une grande diversité de pratiques en matière contraceptive, et notamment une approche paternaliste du choix contraceptif et l'expression de réticences professionnelles genrées vis-à-vis des méthodes de contraception masculines. En Angleterre, la régulation publique de la formation et des pratiques tend à standardiser les approches professionnelles du choix contraceptif, et laisse une place plus importante aux préférences des usager.e.s.

Title: Choosing a male contraceptive: Users' rights and autonomy in the French and English health systems

Keywords: Gender, contraception, male contraception, medicalization, comparative studies, health systems

Abstract: Contraceptive use in France and England differs strongly with regard to male methods: half of English users resort to vasectomy and condoms, compared to just 15% of the French population. From the 1960s on, the medicalization of contraception has gone hand in hand with its feminization but it appears that national contraceptive norms allow for different levels of male involvement in each country.

In order to understand the process leading to variously gendered contraceptive models, this research draws a comparison between the institutional contexts of contraceptive prescription, which contribute to defining possible and desirable contraceptive choices. In addition to an in-depth historical and institutional analysis, this comparison draws upon 33 semi-structured interviews with prescribers in both countries in order to unveil the logic behind their actions and their influence on contraceptive norms.

This analysis underlines the consequences of contrasting political perspectives on birth control in both countries: the legacy of the British eugenicist movement proves more liberal regarding sterilization methods than the French pro-natalist context. Moreover, the National Health Service in England and the French health system address the issues of medical regulation very differently. In France, public supervision of clinical practice is low, which allows for considerable heterogeneity between professionals, and, notably, a paternalistic approach to contraceptive choice and the influence of gendered reluctance towards male methods. In England, public regulation of medical training and practices encourages the standardization of prescribers' approaches to contraceptive choice and more respect for users' preferences.

Prescrire, proscrire, laisser choisir :
Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en
France et en Angleterre au prisme des contraceptions
masculines

Thèse préparée dans le cadre du réseau doctoral de l'EHESP

Remerciements

Mes plus vifs remerciements vont à mes deux directrices, Nathalie Bajos et Agnès Fine, pour leur encadrement stimulant et la confiance qu'elles m'ont accordée pour la réalisation de ce travail.

Je remercie les membres du jury, Hélène Bretin, Carole Brugeilles, Henri Léridon, Nathalie Pelletier-Fleury et Brenda Spencer, qui me font l'honneur d'évaluer le résultat de ce travail.

Cette thèse a été réalisée grâce au soutien financier de plusieurs organismes. J'ai bénéficié d'un contrat doctoral du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche attribué par le réseau doctoral de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et d'un second contrat de l'Institut National des Études Démographiques. J'ai également bénéficié du soutien financier de mon équipe d'accueil à l'INSERM. Mon travail de doctorat a ainsi été financé à 80%, une situation très appréciable dans le domaine de la recherche en sciences humaines, et je tiens à remercier les différentes institutions qui y ont contribué, ainsi que Pôle Emploi pour les derniers mois de ma thèse.

J'ai été accueillie au sein de l'extraordinaire équipe 7 "Genre, Sexualité, Santé" du CESP de l'INSERM. Un grand merci à tous ses membres, particulièrement Lucette Aussel et Sabine Bimbard, pour le soutien aussi bien matériel et scientifique qu'humain.

À la meute de doctorant.e.s et post-doctorants de l'équipe 7 : merci infiniment pour votre aide et votre amitié durant ces cinq années. Je pense particulièrement à Emmanuel Beaubatie, Kévin Diter, Mireille Le Guen, Nicolas Méthy, Lorraine Ory, Alexandra Roux, Mylène Rouzaud-Cornabas, et Solène Vigoureux. Merci pour vos conseils bienveillants, et votre soutien au sein du labo et à l'extérieur. Vous êtes le gain le plus précieux de ces cinq années.

J'ai également été accueillie et soutenue financièrement pour ma quatrième année de thèse par l'INED. Merci à cette institution, et particulièrement à Laurent Toulemon, mon tuteur, qui m'a accueillie au sein de l'UR3, pour son soutien et son aide lors de la rédaction de ce travail. Mes remerciements vont également à Élise de la Rochebrochard, responsable des doctorant.e.s, et à tou.te.s les doctorant.e.s avec lequel.le.s j'ai eu la chance d'échanger en ces murs. Merci à Éliane Etcheverry pour son aide. Qu'il me soit permis dans l'espace de ces remerciements, d'adresser mes pensées à tou.te.s les proches, familiaux et amicaux, de Valeria Solesin, membre lumineuse de mon équipe de rattachement, qui a disparu brutalement le 13 novembre 2015.

Je remercie mon école doctorale, l'EDSP, et particulièrement à Jean Bouyer et Audrey Bourgeois pour leur soutien compréhensif, leur disponibilité et leur sollicitude.

La comparaison internationale a été un élément déterminant de mon doctorat, qui m'a permis de sortir d'impasses et a largement ouvert mon horizon de recherche. Merci à Nathalie Bajos de l'avoir suggérée, à l'EDSP et au réseau doctoral de l'EHESP, qui ont participé financièrement à mon séjour de recherche à Londres. Mes recherches sur place ont bénéficié du soutien d'un grand nombre de personnes :

I would like to thank Judith Stephenson at the Institute for Women's Health (University College of London) for welcoming me with open arms into your research team. Your help and generosity proved invaluable to me during this project.

Many thanks to the staff of the Margaret Pyke Centre, for your warm welcome and for your ongoing support and guidance regarding family planning practices in the UK. I was

tremendously inspired by both the quality of clinical and patient care you deliver. I am also grateful to Kat Lloyd, Sue Mann and Rosemary Massouras for welcoming me into your office.

I would like to thank the following people, without whom I would have been unable to complete this project particularly due to their help with regard to recruiting practitioners: Chris Wilkinson, Rosemary Massouras and Hannat Akintomide at the Margaret Pyke Centre; the staff at the GUMCAD project at Public Health England; the Faculty for Sexual and Reproductive Health, particularly Diana Halfnight, for putting me in touch with consultants, and Emma Demblon, for her assistance with recruiting nurses for interview.

And of course, many thanks to Kat Lloyd and Rachel Scott, for showing me the best parts of London and for making me feel at home.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ma réflexion et au dynamisme de ce travail : les chercheur.e.s qui m'ont accordé un temps précieux d'échange, Rebecca French, Anna Glasier, John Guillebaud, Caroline Rusterholz, Alfred Spira et Kaye Wellings, mais aussi ARDECOM et le Planning familial. Merci à tou.te.s les praticien.ne.s qui ont accepté de me rencontrer.

Je souhaite également remercier tou.te.s les chercheur.e.s qui ont accepté de me relire, Emmanuel Beaubatie, Louis Braverman, Mona Claro, Kévin Diter, Alexandre Jaunait, Bibia Pavard, Alexandra Roux, Mylène Rouzaud-Cornabas, Lucile Ruault et Cécile Thomé, pour leur bienveillance et leur rigueur.

Merci à mon équipe de relecture orthographique pour leur disponibilité et leur rapidité : Mathilde, Clémence, Marion S., Eloïse, Margot, Candy, PA, Marion M., Manon F., Magali, Claire, Manon W., Jérémy, Lucie-Ray et Quentin.

La thèse en sciences humaines est une longue aventure personnelle et humaine, avec son lot d'enthousiasmes mais aussi de découragements. Je souhaite remercier ici celles et ceux dont le soutien a été essentiel tout au long de ce parcours : Marie Mesnil, pour son humour et nos précieuses discussions, le groupe MSH, Em, Louis, Lorraine et Louise, pour nos pauses salvatrices et bien trop longues, Alexandra, Marion et PA, ma deuxième famille, Sébastien et Julie en Ardèche, le collectif Gyn&co, Clémence Artur et Louka Arnoult. Merci également à mes parents et mes sœurs.

Et bien-sûr, merci à Alexandra, pour le souffle vital.

Liste des sigles utilisés

ARS Agence Régionale de Santé

BMA British Medical Association (association professionnelle des médecins généralistes)

CAPi Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CeGIDD Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPEF Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CRSA Conférences régionales de Santé et de l'Autonomie

DIU Dispositif intra-utérin

DPC Développement Professionnel Continu

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM Evidence-Based Medicine

EPP Évaluation des Pratiques Professionnelles

FMC Formation Médicale Continue

GMC General Medical Council

HAS Haute Autorité de Santé

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IST Infections sexuellement transmissibles

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

LARC Long-Acting Reversible Contraceptive

MTPS Medical Practitioners Tribunal Service

NHI National Health Insurance

NHS National Health Service

NICE National Institute for health and Care Excellence

PCT Primary Care Trusts

QOF Quality and Outcomes Framework

ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Sommaire

Introduction	22
1. Le déséquilibre genré de l'offre contraceptive.....	23
2. L'arlésienne de la pilule masculine	24
3. Des degrés de féminisation variables des responsabilités contraceptives.....	25
4. Comparer la France et l'Angleterre.....	27
5. Penser le contexte du choix contraceptif : histoire, institution et représentations	28
Première partie : Du genre à l'institution médicale : cadre théorique et méthodologique de l'analyse	30
Chapitre 1 : Le genre de la contraception en question	32
I. Le système du genre : binarité et rapports de pouvoir autour de la sexualité et de la reproduction	32
1. Le cadre du genre : hiérarchisation et différenciation.....	33
2. Des rôles de genre naturels ou construits ?	37
II. L'entrée de la contraception dans le système du genre : une essentialisation récente de la régulation de la fécondité	45
1. De l'alcôve à la pilule : nouveau paradigme et nouveau genre de la contraception.....	46
2. La féminisation de la contraception : l'invention d'une répartition naturelle des responsabilités ?.....	50
Chapitre 2 : Un nouveau référentiel pour la contraception : la médicalisation du contrôle de la fécondité	62
I. La profession médicale comme acteur normatif dans le champ de la contraception.....	63
1. La médicalisation de la contraception : un nouvel espace normatif pour les pratiques de régulation de la fécondité	63
2. Les rapports de pouvoir dans l'interaction médicale	71

II. Cultures institutionnelles et environnements politiques : resituer les pratiques médicales dans leurs contextes nationaux	77
1. Les prescripteur/rice.s comme acteurs au sein de l'institution.....	78
2. La profession médicale face à l'État	82
Chapitre 3 : La construction progressive du cadre méthodologique de l'analyse.....	90
I. Méthodologie de la comparaison internationale : la construction progressive d'une perspective comparative	90
1. La construction de l'objet de recherche : une démarche guidée par le terrain...	91
2. Comparabilité et méthodes.....	95
II. Les sources de la comparaison	98
1. Aborder les représentations et les logiques d'action professionnelles : la conduite d'entretiens semi-directifs.....	98
2. Les sources documentaires : sources primaires et productions scientifiques nationales	111
Conclusion.....	117
Deuxième partie : La contraception en héritage : le poids des cultures nationales historiques en matière de régulation de la fécondité.....	120
Chapitre 4 : Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives	124
I. Du natalisme français au <i>birth control</i> britannique : des choix politiques contrastés face aux tendances démographiques	125
1. La contraception comme menace pour la nation : le développement d'une tradition nataliste française	125
2. De l'eugénisme au maternalisme : l'émergence du <i>birth control</i> en Angleterre	134
II. Tolérer ou encourager : les gouvernements britannique et français face à la libéralisation de la contraception.....	149
1. Du secteur volontaire au NHS : médicaliser pour mieux diffuser	149

2.	Médicaliser pour légaliser : les luttes sociales et politiques pour la fin de l'interdiction française	161
3.	Des lois de 1967 à l'offre contraceptive actuelle : les traces du passé.....	169
Chapitre 5 : Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : les exemples de l'avortement et de la stérilisation		
I.	Les médecins et la loi : des attitudes professionnelles contrastées face à l'avortement	185
1.	Légaliser l'avortement : la profession médicale face au changement.....	186
2.	Appliquer la loi : des attitudes médicales contrastées face à l'autonomie procréative	195
II.	Des perspectives médicales opposées sur la stérilisation contraceptive	208
1.	La promotion de la vasectomie par la profession médicale britannique	209
2.	Des médecins français.es réticent.e.s : la lente et difficile intégration des méthodes définitives au panel contraceptif.....	217
Conclusion : Régulation de la fécondité et liberté individuelle : des perspectives nationales contrastées		
		226
Troisième partie : Le contexte institutionnel de la prescription contraceptive : rapports de pouvoir et statuts de l'État, de la profession médicale et des usager.e.s en France et en Angleterre.....		
		228
Chapitre 6		
		232
Les rapports de pouvoir au sein des systèmes nationaux de santé : la puissance médicale française et le service public britannique		
		232
I.	Du monopole aux systèmes nationaux de santé : les identités professionnelles nationales face à l'État	232
1.	Les médecins et l'État du XIXe siècle à la Seconde Guerre mondiale : des traditions de coopération contrastées	233
2.	L'Assurance Maladie française : "la subordination acceptée du politique au corps médical".....	241
3.	Le NHS et les praticien.ne.s britanniques : une perte de pouvoir négociée	248

II. La régulation des systèmes de soins : pouvoirs et responsabilités de l'État en France et en Angleterre	255
1. Les modalités de rémunération des médecins : l'accessibilité et la qualité des soins en question.....	257
2. Service public de santé et médecine libérale : qui est responsable des performances du système de soins ?	270
Chapitre 7 : Soignant.e.s et usager.e.s dans les systèmes de soins : des statuts nationalement différenciés	284
I. Le pouvoir des usager.e.s au sein des systèmes sanitaires : de la relation de soins à la démocratie sanitaire, des politiques nationales différenciées.....	285
1. Du secret professionnel à l'obligation de rendre des comptes : les politiques de circulation de l'information médicale en Angleterre et en France	287
2. Les fonctions disciplinaires médicales en France et en Angleterre	299
3. La variabilité nationale de la démocratie sanitaire.....	308
II. Régulation publique et obligations professionnelles : les droits des usager.e.s en matière de qualité des soins.....	322
1. Le droit à des professionnel.le.s compétent.e.s : le contrôle de la formation continue.....	323
2. Le droit à des soins de qualité : le contrôle de l'application des recommandations cliniques.....	334
Conclusion.....	350
Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s	352
Chapitre 8 : Penser l'implication des hommes en matière contraceptive : les représentations professionnelles	364
I. De l'impossibilité naturelle à la prudence : l'appréhension française de l'implication masculine.....	365
1. Une vision essentialiste des rôles en matière de contraception.....	365
2. Un constructivisme prudent : une implication masculine possible mais ambivalente.....	373

II. Les représentations britanniques des rôles de genre en matière de contraception : un constructivisme pragmatique.....	382
1. Une approche constructiviste et pragmatique de l'implication des hommes dans le domaine contraceptif.....	383
2. Le rôle du système dans la standardisation et l'information des représentations britanniques.....	391
Chapitre 9 : D'un système de santé à l'autre : la place des représentations dans les pratiques professionnelles	402
I. Les pratiques britanniques en matière contraceptive : le choix des usager.e.s au cœur du protocole.....	403
1. Le choix contraceptif en Angleterre : accompagner la décision des usager.e.s.....	404
2. La standardisation des attitudes professionnelles par la formation.....	409
3. Le rôle du système : l'encadrement protocolaire du choix contraceptif	413
4. Les méthodes masculines comme composantes du choix.....	418
II. La consultation contraceptive en France : des pratiques et des logiques hétérogènes	423
1. Les pratiques de recommandation contraceptive française : du modèle contraceptif à l'hétérogénéité des pratiques.....	424
2. La réduction du choix par le paternalisme médical des "essentialistes"	431
3. Des pratiques plus proches des recommandations dans le groupe constructiviste	444
Conclusion : De l'Angleterre à la France : une différence de posture professionnelle.....	458
Conclusion générale	462
1. Politiques gouvernementales et encadrement des pratiques médicales : des approches nationales spécifiques de la contraception médicalisée.....	462
2. De l'approche de genre à la sociologie de l'institution : l'apport de perspectives croisées.....	465
3. Le genre de la contraception face à l'autonomie des usager.e.s.....	469
Bibliographie.....	474

Liste des tableaux et figures	532
Annexes.....	534
1. Guides d'entretien.....	534
2. Formulaire de renouvellement d'ordonnance contraceptive par courrier.....	538
3. Formulaire de consentement préalable à une opération de vasectomie élaboré par l'Association Française d'Urologie	540
4. Formulaire de consentement préalable à une opération de vasectomie élaboré par le NHS	541
5. Questionnaire de satisfaction diffusé auprès des usager.e.s du NHS par le Patient Survey en juillet 2013	543
6. Questionnaire de satisfaction diffusé auprès des usager.e.s dans le cadre des évaluations professionnelles (édité par le General Medical Council)	551
7. Questionnaire de satisfaction diffusé auprès des pairs dans le cadre des évaluations professionnelles (édité par le General Medical Council)	553
8. Portraits de quatre praticien.ne.s	555
9. Support d'aide à la décision en matière contraceptive édité par Patient Co	563
10. "Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France".....	569
11. Support d'aide à la décision en matière contraceptive déité par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé : "Choisir sa contraception".....	595
Liste des Publications.....	602

Introduction

Le recours à une méthode de contraception est une pratique qui émerge majoritairement dans le contexte d'une sexualité hétérosexuelle. À l'exception de la prise d'une pilule hormonale dans un but thérapeutique¹ et de l'utilisation du préservatif pour ses propriétés sanitaires, l'utilisation d'une méthode contraceptive est généralement motivée par le souhait de prévenir l'irruption de grossesses dans le cadre de relations sexuelles pénétratives entre une femme et un homme. La plupart des femmes consultent un.e médecin² pour obtenir une contraception à partir du moment où elles deviennent hétérosexuellement actives (Guyard, 2008 ; Amsellem-Mainguy, 2011). Dès lors, le besoin contraceptif se manifeste généralement dans un contexte impliquant les hommes autant que les femmes.

Pourtant, la contraception semble être considérée comme une responsabilité avant tout féminine en France. Que l'on considère les publications des autorités sanitaires, comme les recommandations de l'INPES aux professionnel.le.s de santé s'intitulant "*Comment aider une femme à choisir sa contraception*"³ ou encore le fait que les méthodes contraceptives sont majoritairement prescrites dans le cadre très féminisé (Bessière, 2005) de la gynécologie médicale, le recours à la contraception semble concerner majoritairement les femmes. Parmi les femmes exposées au risque de grossesse⁴, près de 70% ont d'ailleurs recours à des méthodes que l'on peut qualifier de féminines⁵, comme la pilule hormonale (41%) ou le dispositif intra-utérin (23%), contre 15,5% ayant recours au préservatif ou à la vasectomie (Bajos, Bohet, Le Guen et Moreau, 2012).

Le point de départ de ce travail est le paradoxe que constitue la forte sexuation de la contraception qui caractérise les pratiques françaises, alors même que la nécessité de recourir à une méthode de prévention des grossesses non souhaitées concerne *a priori* autant les hommes que les femmes, dès lors qu'elles et ils ont une activité hétérosexuelle et qu'une

¹ Par exemple pour réguler des problèmes menstruels ou dermatologiques.

² Ce mémoire de thèse a volontairement été rédigé en utilisant un langage épïcène, neutre du point de vue du genre (Université de Sherbrooke, *Guide relatif à la rédaction épïcène : respect des genres masculin et féminin*, 2008), avec l'utilisation de formes tronquées (par exemple "*professionnel.le.s*" plutôt que "*professionnelles et professionnels*") pour éviter les répétitions. La règle de l'accord de proximité a également été adoptée pour les adjectifs dans le même but de neutralité grammaticale (Viennot, 2014).

³ INPES, "Comment aider une femme à choisir sa contraception ?", 2013

⁴ C'est à dire les femmes âgées de 15 à 49 ans, non stériles, qui ne sont pas enceintes et ne cherchent pas à le devenir et qui ont des rapports hétérosexuels, interrogées dans le cadre de l'enquête FECOND 2013.

⁵ Nous considérons comme féminines, les méthodes de contraception qui agissent uniquement sur le corps féminin et peuvent être utilisées sans collaboration ou même à l'insu du partenaire (Le Guen, Ventola, Bohet, Moreau, *et al.*, 2015).

grossesse n'est pas souhaitée. La pratique contraceptive est la condition de l'accès à la sexualité sans être soumis.e à ses conséquences potentielles en termes de fécondité, pour les hommes comme pour les femmes. J'ai cherché à interroger la construction sociale de cette pratique comme majoritairement féminine, alors que ses bénéfices concernent les deux sexes.

1. Le déséquilibre genré de l'offre contraceptive

L'appréhension de la contraception comme une responsabilité féminine s'appuie sur le déséquilibre qui caractérise l'offre technique actuellement disponible pour réguler la fécondité découlant de l'activité sexuelle hétérosexuelle. Parmi la quinzaine de méthodes répertoriées par les autorités sanitaires internationales⁶, onze agissent sur le système reproductif féminin, soit *via* la prise d'hormones, avec la pilule hormonale, l'implant contraceptif, l'anneau vaginal, les injections de progestérone, le dispositif intra-utérin hormonal et le patch, soit par voie mécanique, avec le dispositif intra-utérin au cuivre, le diaphragme, la cape cervicale, le préservatif féminin et la stérilisation tubaire. Les méthodes "naturelles" s'adressent majoritairement aux femmes, qu'il s'agisse de la méthode des températures (Bartzen, 1967), de la méthode Billings (Attar, Gokdemirel, Serdaroglu et Coskun, 2002) ou de l'aménorrhée lactationnelle (Kennedy et Visness, 1992). On peut cependant considérer que l'abstinence périodique et le retrait, ou coït interrompu, sont des méthodes collaboratives, qui nécessitent l'implication ou au moins l'accord des deux partenaires, tout comme le préservatif masculin (ou féminin). Une seule méthode peut être considérée comme exclusivement masculine, la vasectomie ou stérilisation masculine. Le panel de méthodes contraceptives disponibles apparaît ainsi fortement déséquilibré du point de vue du genre, non seulement en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs. Les méthodes pouvant être utilisées à l'initiative des hommes seuls présentent ainsi des particularités, se situant aux deux extrémités du spectre contraceptif : le préservatif, une méthode mécanique à utiliser à chaque rapport sexuel, présente des taux d'efficacité variables selon les études (Steiner, Dominik, Rountree, Nanda, *et al.*, 2003 ; Walsh *et al.*, 2004), mais inférieurs aux méthodes médicales comme le dispositif intra-utérin ou l'implant⁷. La vasectomie, en tant que méthode définitive, appartient aux procédés les plus efficaces, mais ne constitue un choix pertinent que pour les hommes ne souhaitant pas ou plus engendrer d'enfants. Les méthodes très efficaces et réversibles s'adressent exclusivement aux femmes, l'offre technique participant -et reflétant- ainsi fortement à la définition d'une responsabilité contraceptive majoritairement féminine.

⁶ Organisation mondiale de la santé, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, 2009.

⁷ *Ibid.*

2. L'arlésienne de la pilule masculine

Ce déséquilibre technique s'inscrit dans les traditions de la recherche médicale occidentale, qui s'est historiquement focalisée sur le fonctionnement reproductif et hormonal féminin (Oudshoorn, 1990b, 1994). Depuis les années 1970, l'arrivée imminente d'une pilule masculine sur le marché contraceptif est régulièrement annoncée par voie de presse et de nombreux projets de recherche voient le jour, sans toutefois aboutir à une mise sur le marché (Matthiesson, 2006 ; Liu et McLachlan, 2008 ; Nieschlag, 2011). Il apparaît que l'effet conjugué d'une réorientation des objectifs de la recherche industrielle pharmacologique, qui en matière contraceptive vise désormais la déclinaison de molécules connues plutôt que l'innovation, et de la faible attractivité de ce domaine de recherche, freine l'émergence de cette nouvelle technologie (Oudshoorn, 2003 ; Spencer, 2012). Ce travail de recherche a débuté avec une interrogation large sur le caractère féminin des pratiques contraceptives en France, qui incluait cet enjeu du retard caractérisant les recherches en matière de contraception masculine. Mais les freins institutionnels ont déjà été rigoureusement investigués, notamment par l'étude internationale et historique de Nelly Oudshoorn, *The Male Pill : A Biography of a Technology in the Making*. Cet ouvrage explore également les biais de représentations des scientifiques, comme par exemple le mythe d'une plus grande facilité à intervenir sur le cycle de production de gamètes féminin que masculin : la linéarité de la spermatogénèse aurait pourtant pu être perçue comme simplifiant les modalités d'interruption de la production de gamètes par opposition à une production cyclique. Datant de 2003, les analyses de la sociologue sur les lenteurs et les difficultés qui caractérisent les recherches sur la technologie de la pilule masculine apparaissent toujours d'actualité, même si des évolutions semblent proches (Chaki, Das et Misro, 2003), et il nous est alors apparu peu pertinent de focaliser ce travail de recherche sur les développements de cette technologie biomédicale.

Par ailleurs, le fait d'appréhender la participation des hommes aux responsabilités contraceptives seulement sous l'angle d'une éventuelle pilule masculine situe cette implication dans un futur hypothétique. Elle fait dépendre la possibilité d'une prise en charge masculine de la prévention des grossesses non souhaitées d'une évolution technologique qui n'est pas encore advenue et la rend très incertaine, renforçant par là-même le *statu quo* qui caractérise la division sexuelle des responsabilités contraceptives. Une revue de la littérature sur les moteurs de recherche *Pubmed* et *Google Scholar* avec les mots clefs "contraception masculine" donne des résultats marqués par cette focalisation sur une participation masculine soumise à l'avènement d'une technologie nouvelle. Un grand nombre d'articles consistent en des états des lieux des méthodes en expérimentation, en faisant état des difficultés que

rencontre ce champ de recherche à s'institutionnaliser sans nécessairement en explorer les raisons (Page, Amory et Bremner, 2008 ; Liu et McLachlan, 2008 ; Nieschlag, 2011 ; Nieschlag, Kumar et Sitruk-Ware, 2013). Les recherches se sont aussi développées sur la question de la réception d'une éventuelle pilule masculine (Glasier *et al.*, 2000 ; Martin *et al.*, 2000 ; Heinemann, 2004 ; Eberhardt, van Wersch et Meikle, 2009). Elles concluent à l'acceptabilité d'une contraception masculine pour les hommes comme pour les femmes, même si la focalisation des enquêtes sur des méthodes inexistantes limite la portée de ces résultats à une dimension déclaratoire. Cette littérature est plus abondante que celle portant sur le recours aux méthodes existantes. Or, si elles sont limitées dans leurs indications ou leur efficacité théorique, des méthodes masculines existent depuis plus d'un siècle, et autorisent déjà la prise en charge masculine de la prévention contraceptive. Cette orientation des recherches souligne le manque de reconnaissance de ces méthodes comme des options acceptables en matière de régulation des naissances, et la difficulté à concevoir au présent une implication masculine dans ce champ. Les hommes n'ont d'ailleurs été que marginalement pris en compte dans les enquêtes sur la fécondité (Greene et Biddlecom, 1997), ce qui renvoie à une focalisation institutionnelle sur la maternité plutôt que sur la sexualité et les droits reproductifs des individus (Bonnet et Guillaume, 2006 ; Andro et Desgrées du Loû, 2009), et souligne une difficulté à intégrer les hommes à la pensée académique sur la contraception.

3. Des degrés de féminisation variables des responsabilités contraceptives

Le manque de reconnaissance qui semble caractériser le préservatif et la vasectomie dans les recherches sur la contraception ne reflète pas l'utilisation de ces méthodes à l'échelle mondiale. En effet, si elles sont relativement peu utilisées en France, et ce particulièrement pour la vasectomie, ces méthodes sont fortement utilisées dans d'autres pays occidentaux : le préservatif est la méthode principale de contraception de 27% des femmes⁸ au Royaume-Uni, 25% en Espagne et au Danemark contre 15% en France. La vasectomie est la méthode contraceptive déclarée par plus de 20% des femmes interrogées par les enquêtes menées au Royaume-Uni et au Canada, ou encore 8% en Belgique ou en Espagne⁹, contre 0,2% en France¹⁰. La féminisation des pratiques contraceptives, qui semble découler du déséquilibre

⁸ La compilation de données publiée par les Nations Unies se base sur des enquêtes qui interrogent principalement des femmes, même concernant l'usage de méthodes masculines, ce qui renvoie aux tendances des recherches en démographie et épidémiologie évoquées précédemment.

⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2014*, 2014

¹⁰ Les données pour la France sont issues de l'enquête FECOND (Fécondité, Contraception, Dysfonctions sexuelles), réalisée par une équipe mixte INSERM-INED en 2010 et 2013. cf. N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen,

de l'offre technique, apparaît ainsi variable d'un pays à l'autre. Au sein de ce panorama international, le Royaume-Uni paraît se distinguer fortement de la France, avec un taux de recours au préservatif qui représente près du double du taux français, et un taux de recours à la vasectomie 50 fois supérieur.

Cette variabilité internationale du caractère genré ou mixte de la prise en charge de la contraception au sein des relations hétérosexuelles amène à resituer notre interrogation hors du champ de la recherche médicale et des limites de l'offre technique, et à s'interroger sur les modalités de cette répartition des tâches entre femmes et hommes d'un pays à l'autre.

Dans la mesure où la répartition des responsabilités contraceptives entre femmes et hommes ne paraît pas uniquement influencée par l'offre technique, elle semble pouvoir être interrogée du point de vue du choix individuel ou de couple. Ce choix se porte plus fortement vers des méthodes permettant une prise en charge collaborative ou masculine du recours contraceptif au Royaume-Uni qu'en France, ce qui soulève des interrogations sur leurs déterminants éventuels. De multiples facteurs peuvent influencer le fait de favoriser une option contraceptive parmi d'autres. Les préférences des usager.e.s sont liées aux représentations, individuelles et culturelles, de la contraception, des différentes méthodes disponibles et de leur mode d'action, des rôles de genre, de la sexualité (Bajos et Ferrand, 2002 ; Higgins et Smith, 2016 ; Bretin et Kotobi, 2016). La pratique contraceptive est aussi fortement liée aux particularités de chaque relation sexuelle et/ou amoureuse, et notamment aux rapports de pouvoir au sein des relations femmes-hommes (Holland et Ramazanoglu, 2004 ; Beltzer et Bajos, 2008 ; Memmi et Desgrées du Loû, 2015). La disponibilité des méthodes dépend du cadre légal national de l'accès à la contraception, qui définit également leur coût pour les usager.e.s. Par ailleurs, la majorité des méthodes contraceptives nécessitent une prescription et/ou un geste médical ; depuis l'apparition des méthodes médicales de contraception, les prescripteur/ric.e.s jouent un rôle primordial dans l'information contraceptive et dans la définition des normes qui encadrent les pratiques contraceptives. En fonction de leur formation, de leurs représentations personnelles, ou encore de la manière dont leurs pratiques sont institutionnellement encadrées, les professionnel.le.s de santé peuvent contribuer à définir un panel d'options contraceptives spécifiques à chaque pays. Les recommandations sanitaires, en France¹¹ comme en Angleterre¹², préconisent de favoriser

C. Moreau, "La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ?", *Population et Sociétés*, n°492, 2012

¹¹ ANAES, AFSAPS, INPES, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*, 2004 ; INPES, *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?*, 2013

l'expression des préférences individuelles lors du choix d'une méthode contraceptive, mais l'organisation institutionnelle de la prescription contraceptive peut se révéler plus ou moins favorable à un choix éclairé parmi un panel exhaustif de méthodes.

L'analyse de ces différents facteurs, et de leur caractère nationalement spécifique ou non, peut permettre d'éclairer les modalités d'un partage plus ou moins égalitaire des responsabilités contraceptives. La comparaison internationale permet ainsi à la fois de souligner la variabilité des pratiques d'un pays à l'autre, et d'en comprendre la structuration en fonction des contextes nationaux.

4. Comparer la France et l'Angleterre

L'Angleterre et la France sont deux pays relativement proches du point de vue socio-économique et appartiennent à un espace géographique, historique et politique commun. Comparer les pratiques contraceptives dans ces deux pays ne consiste donc pas à tenir pour équivalents des contextes nationaux appartenant à des sous-ensembles très éloignés (Paquin, 2011). Les contextes français et britanniques en matière d'égalité femmes-hommes, bien que porteurs de spécificités historiques et sociales, n'apparaissent pas radicalement différenciés : en matière d'emploi, si les traditions d'intervention étatique pour favoriser l'articulation des vies familiales et professionnelles sont fortement contrastées, les résultats en termes d'activité féminine et de répartition genrée du travail domestique semblent relativement proches d'un pays à l'autre (Gregory et Windebank, 2000). Les *European Value Surveys* montrent des tendances à des représentations moins égalitaires en Angleterre des rôles de genre en matière notamment de responsabilités parentales, par rapport à la situation française (Ordioni, 2013). Pourtant, sur le plan académique, les études de genre souffrent d'un manque de reconnaissance en France (Maruani, Marry et Laufer, 2001 ; Bard, 2003), alors qu'elles sont bien institutionnalisées en Angleterre (Moreau, 2009) et qu'elles ont été prises en compte de manière plus précoce qu'en France dans l'élaboration des politiques publiques (Dauphin, 2010). En tout état de cause, ces différences ne semblent pas relever de contrastes majeurs en matière de culture égalitaire, comme ce pourrait être le cas en comparant des pays appartenant à des sous-ensembles culturels différents. Le recours à une méthode masculine ne relève d'ailleurs pas nécessairement d'une démarche égalitaire ou féministe mais s'inscrit dans une multiplicité de normes sociales et de facteurs personnels (Magarick et Brown, 1981 ; Landry et Ward, 1997 ; Shih, Dubé, Sheinbein, Borrero, *et al.*, 2013). La variabilité des répartitions

¹² Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, *UK Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use*, 2009 ; NICE, Long-acting reversible contraception, Clinical Guidelines 30, 2014 ; NICE, *Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25*, Clinical Guidelines 51, 2014

genrées des responsabilités contraceptives semble ainsi ne pas pouvoir être analysée simplement du point de vue du niveau d'égalité ou d'inégalités entre les femmes et les hommes au sein d'un pays.

En revanche, un élément majeur de différenciation entre la France et le Royaume-Uni est l'organisation de leurs systèmes de santé, avec une offre contraceptive majoritairement prise en charge dans le cadre de la médecine libérale française d'une part, et un service public de santé britannique d'autre part. Mon objet de recherche a ainsi progressivement évolué vers une comparaison institutionnelle des modalités de mise à disposition des méthodes contraceptives d'un pays à l'autre.

5. Penser le contexte du choix contraceptif : histoire, institution et représentations

Le genre des pratiques contraceptives peut être abordé selon plusieurs perspectives différentes, par exemple en s'intéressant aux modalités de négociation entre les membres d'un couple (Desjeux, 2009 ; Thomé, 2016), ou encore en analysant la manière dont l'offre technique s'est focalisée sur les méthodes destinées aux femmes (Oudshoorn, 2003). Nous avons choisi de nous intéresser à l'organisation institutionnelle de l'accès à la contraception et à son influence sur la structuration des pratiques contraceptives du point de vue du genre.

La construction du cadre théorique et méthodologique de notre analyse est l'objet de la première partie de ce travail. Le premier chapitre s'attache à resituer la contraception comme pratique sociale dans le système de genre, c'est-à-dire un système normatif qui attribue des responsabilités différentielles aux individus en fonction de leur sexe. Par ailleurs, ces pratiques s'inscrivent dans un cadre institutionnel, dans lequel la profession médicale joue un rôle central depuis les années 1960, avec l'apparition des méthodes médicales de contraception. Le chapitre 2 est ainsi consacré aux enjeux de la médicalisation de la contraception et aux modalités d'influence des acteurs médicaux sur le choix contraceptif. Le chapitre 3 retrace la construction progressive de l'objet et expose la méthodologie de cette analyse.

En seconde partie de cette thèse, une comparaison des contextes historiques de chaque pays en matière de régulation de la fécondité permet de mettre en exergue des différences structurant des appréhensions nationalement différenciées de la contraception. Le chapitre 4 revient sur les représentations politiques de la régulation de la fécondité en Angleterre et en France, et sur leurs traductions juridiques et en termes de politiques publiques, définissant l'accessibilité légale et matérielle de la contraception dans chaque pays. Le chapitre 5

s'appuie sur les exemples de l'avortement et de la stérilisation contraceptive pour caractériser les attitudes professionnelles face aux enjeux de la maîtrise de la fécondité dans chaque pays.

La troisième partie de ce travail est consacrée à une mise en regard des contextes institutionnels de la prescription contraceptive de part et d'autre de la Manche. Le chapitre 6 s'intéresse aux rapports de pouvoir caractérisant les relations entre la profession médicale et la puissance publique, qui finance les systèmes de santé mis en place après la Seconde Guerre mondiale. Les différences originelles entre le National Health Service britannique et le système de sécurité sociale français découlent des appréhensions nationalement différenciées des rôles et responsabilités de chacun de ces acteurs. Le chapitre 7 explore les conséquences de ces différences concernant le statut accordé aux professionnel.le.s d'une part et aux usager.e.s d'autre part au sein de ces systèmes nationaux.

Enfin, les représentations des professionnel.le.s de santé, qui jouent un rôle central dans la définition des normes contraceptives et dans l'accès aux différentes méthodes, ont été analysées dans une perspective comparative dans la quatrième partie. Le chapitre 8 se focalise sur la manière dont les prescripteur/rice.s de contraception appréhendent la répartition genrée des responsabilités contraceptives et la possibilité d'impliquer les hommes dans ce domaine où les méthodes féminines dominent. Le chapitre 9 est consacré aux récits de pratiques des professionnel.le.s, et étudie notamment l'impact de ces représentations genrées sur leurs attitudes vis-à-vis des méthodes de contraception disponibles.

L'objectif de ce travail de thèse est ainsi de chercher à caractériser les conditions d'un partage plus égalitaire des responsabilités contraceptives entre les hommes et les femmes. Je me suis pour cela attachée à resituer la contraception comme une pratique genrée, en accordant notamment une importance particulière au rôle de l'institution médicale. Dans la mesure où les recommandations de bonnes pratiques dans chaque pays préconisent, en matière contraceptive, de favoriser un choix individuel en adéquation avec les préférences personnelles des usager.e.s, les modalités du choix contraceptif en Angleterre et en France éclairent les appréhensions nationales de l'autonomie et des droits des usager.e.s des systèmes de santé.

**Première partie : Du genre à l'institution médicale : cadre
théorique et méthodologique de l'analyse**

Ce travail de recherche étudie les différences genrées d'usages contraceptifs entre deux pays en les resituant dans leur contexte historique et institutionnel, en se focalisant sur la profession médicale. L'objectif de cette première partie est de mettre au jour les éléments théoriques et empiriques qui ont permis d'élaborer cet axe de recherche, qui se distingue d'autres approches existantes de la contraception, focalisées sur les usager.e.s ou la recherche technique.

S'intéresser à la féminisation des usages et la responsabilisation des femmes en matière contraceptive appelle une analyse en termes de genre (chapitre 1). L'approche des études de genre permet d'appréhender les enjeux de la régulation des naissances du point de vue des rapports sociaux de sexe et de dépasser l'argument biologique de la grossesse comme risque exclusivement féminin. Elle permet également d'envisager la répartition des responsabilités contraceptives dans une perspective dynamique puisqu'elle varie géographiquement et historiquement.

À cette approche en termes de genre s'est progressivement ajoutée une perspective institutionnelle (chapitre 2). Le processus de recherche m'a amenée à accorder une place particulière à la profession médicale, dès lors que la médicalisation de la contraception lui a conféré un rôle majeur en matière de définition des normes contraceptives. Cette analyse du rôle médical en matière contraceptive implique de resituer les pratiques et représentations des praticien.ne.s dans le cadre plus large de cultures professionnelles propres à chaque pays, mais aussi de contextes politiques et juridiques nationaux.

Ma démarche s'est ainsi progressivement focalisée sur une approche comparative des pratiques médicales en matière de contraception pour éclairer la place différente de la vasectomie et du préservatif en France et en Angleterre. Une méthodologie spécifique a été élaborée pour répondre à cette question de recherche (chapitre 3), avec d'une part la caractérisation des contextes historiques et institutionnels permettant d'éclairer les spécificités nationales en matière contraceptive, et en matière de santé ; d'autre part l'analyse des représentations et des récits de pratiques des professionnel.le.s de santé qui façonnent le recours aux méthodes masculines dans chaque pays.

Chapitre 1 : Le genre de la contraception en question

La responsabilité contraceptive est aujourd'hui majoritairement pensée comme un domaine féminin, et est d'ailleurs principalement prise en charge par des femmes dans un grand nombre de pays occidentaux¹³. Ce caractère féminin est la marque de l'inscription de cet objet au cœur du système de genre, cette division du monde selon la frontière construite du sexe des individus. Cette attribution semble suivre l'ordre du genre qui attribue la sphère reproductive aux femmes, la prise en charge de la contraception rejoignant ainsi le rang des tâches socialement construites comme féminines, au même titre que les soins aux enfants. En cela, la contraception comme pratique sociale permet d'aborder la construction d'un ordre genré et la manière dont s'organise la division sexuée des tâches.

Cependant, si l'on se penche sur l'histoire des pratiques visant la maîtrise de la fécondité, la construction de ce domaine comme relevant naturellement d'une responsabilité féminine apparaît relativement récente. Ce n'est qu'à partir des années 1960, avec la commercialisation des méthodes médicales, que le recours à la contraception est devenu majoritairement féminin. Ce basculement récent de la responsabilité contraceptive donne à voir une reconstruction de la différence sexuée sur une période d'une cinquantaine d'années, à l'issue de laquelle cette féminisation apparaît naturelle et immuable. La contraception est donc devenue emblématique d'une division genrée réactualisée et permet d'appréhender aussi bien la perpétuation de différences de genre que les formes nouvelles de différenciation des individus selon leur sexe, mobilisées à la faveur de ce basculement.

I. Le système du genre : binarité et rapports de pouvoir autour de la sexualité et de la reproduction

Si le besoin contraceptif émerge dans le contexte de couples hétérosexuels, impliquant dans la plupart des cas des femmes et des hommes, la responsabilité de la prévention des conséquences de la sexualité apparaît reposer principalement sur les femmes (Spencer, 1999). Cette répartition des rôles entre individus en fonction de leur sexe s'inscrit dans le système du genre, attribuant aux femmes et aux hommes des rôles distincts dans l'organisation de la vie sociale. Ces rôles de genre correspondent à des constructions sociales mouvantes, appuyées

¹³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2014*, 2014

sur des processus de socialisation s'adressant différemment aux femmes et aux hommes, et participent d'une hiérarchie souvent naturalisée entre les sexes.

1. Le cadre du genre : hiérarchisation et différenciation

Les études de genre se sont développées depuis les années 1970 dans le sillage des études féministes. Elles visent à déconstruire la division sexuée du monde qui structure les sociétés occidentales, notamment en s'intéressant aux inégalités produites par cette division, mais aussi à sa construction même et aux rapports de pouvoir qu'elle reflète et produit. Afin de pouvoir resituer la question des pratiques contraceptives au cœur de ce cadre normatif, nous reviendrons dans un premier temps sur le système de genre et ses fonctions d'organisation sociale.

a. Le genre comme système d'organisation du monde

Traversant un champ académique vaste et multidisciplinaire, les études de genre s'attachent depuis plusieurs décennies à analyser les différentes dimensions et les mécanismes de construction et de reconfiguration du système de genre. Le genre est défini par Laure Bérénis, Sébastien Chauvin, Alexandre Jaunait et Anne Revillard comme un "*systeme de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin)*" (Bereni, Chauvin, Jaunait et Revillard, 2012, 10). Il s'agit donc du système qui fait advenir deux catégories "*relativement arbitraire[s] dans le continuum des caractéristiques sexuelles des êtres humains*" (Le Feuvre, 2001, 12-13), soit les femmes et les hommes, et organise le monde social et matériel selon ces catégories.

Les études de genre trouvent leur origine dans les études féministes, qui ont dès le début du XXe siècle mis en avant les inégalités liées à la division de la société en deux classes sexuelles hiérarchisées, et remis en question le discours naturaliste sur les aptitudes et tempéraments associés à chacune de ces classes (Mead, 1935, 1963). À partir des années 1960, les travaux issus du féminisme matérialiste ont documenté et dénoncé les dimensions politiques et matérielles de cette division hiérarchisée et l'ont conceptualisée en tant que domination patriarcale. En France, les travaux de nombreuses universitaires féministes, parmi lesquelles Christine Delphy, (Delphy, 1970, 1975, 1998, 2001), Danièle Kergoat (Kergoat, 1982, 1992) ou encore Anne-Marie Devreux (Daune-Richard et Devreux, 1992), utilisent le terme "rapports sociaux de sexe" afin de souligner l'asymétrie de pouvoir qui caractérise cette division par la référence au vocabulaire marxiste. Depuis les années 1990, le terme de "genre" est utilisé de manière croissante et parallèle à l'institutionnalisation de ces études critiques.

Joan W. Scott est l'auteure qui a introduit cette notion dans son article "Genre : une catégorie utile d'analyse historique" (Scott, 1988). C'est cette terminologie qui est majoritairement utilisée sur le plan institutionnel et académique aujourd'hui, même si l'on constate une variabilité du sens et du cadre théorique rattachés à son emploi (Zancarini-Fournel, 2010). Si l'on a pu reprocher au terme de genre d'escamoter la dimension politique et asymétrique de la division sexuelle (Mathieu, 2000), il nous semble au contraire que ce concept a la capacité de recouvrir les dimensions à la fois matérielle et symbolique de la domination masculine, dimensions qui se renforcent l'une et l'autre. Il permet également d'intégrer les aspects relationnels du genre : femmes et hommes sont définis en termes opposés, le féminin étant opposé au masculin et réciproquement. Cette dimension relationnelle rend nécessaire d'étudier le genre en s'intéressant aux deux catégories de sexe et à leurs interactions, plutôt que de se focaliser sur la catégorie dominée. Une approche en termes de genre permet donc, à mon sens, une meilleure intégration des multiples hiérarchies créées par le système de genre, entre masculin et féminin, mais aussi à l'intersection de ces catégories, entre sexualités, origines ethniques et classes sociales¹⁴ (Achin et Bereni, 2013, 294).

L'objet des études de genre, ce sont les formes multiples que prend cette bicatégorisation hiérarchisée du monde social, cette division entre femmes et hommes, et entre domaines et compétences féminines et masculines. Elles s'intéressent à la fois à la catégorisation elle-même et à ses aspects concrets, notamment en termes d'inégalités et d'asymétrie de pouvoir ; mais aussi aux mécanismes de construction, reproduction et réaménagement de cette hiérarchie sociale, dans sa dimension symbolique, par l'attribution de caractéristiques à chaque groupe hiérarchisé et par la valorisation ou dévalorisation de ces attributs, comme dans sa dimension matérielle.

b. Une rapport hiérarchique : la division sexuelle du travail

Les études de genre s'inscrivent dans une approche constructiviste des catégories de sexe et portent un regard critique sur la catégorisation elle-même. Les catégories "femme" et "homme" sont abordées en tant que constructions sociales. Elles sont rattachées dans les représentations dominantes à des différences d'attributs physiques auxquelles on donne une signification, qui deviennent alors un fait social. Mais "*la pratique sociale et elle seule transforme en catégorie de pensée un fait physique en lui même dépourvu de sens comme tous les faits physiques.*" (Delphy, 2001, 231). Une approche historique de la division biologique

¹⁴Danièle Kergoat, « Articuler les luttes contre les différents rapports sociaux inégalitaires » entretien publié par l'Iresmo en août 2011 (<http://urlz.fr/1I0d>)

entre femmes et hommes montre que la différence s'est localisée à des endroits différents selon les époques, de l'anatomie visible, aux gonades, puis aux hormones que l'on a qualifiées de féminines et masculines malgré leur présence chez les individus des deux sexes (Oudshoorn, 1990a, 1994 ; Gaudillière, 2003) et enfin aujourd'hui au fonctionnement cérébral (Vidal, 2013a, 2013b), notamment à travers les théories de la psychologie évolutionniste (Scott, 2010 ; Jonas, 2010). Selon les possibilités techniques d'exploration du corps humain, le cœur de la différence sexuelle se situe donc à différents endroits du corps humain, mais le processus reste le même : les différences sont homogénéisées, la diversité des corps lissée, afin de les réduire à deux catégories sexuelles opposables. La constance de cette bicatégorisation, malgré les évolutions des connaissances scientifiques et des possibilités techniques d'exploration, montre que le genre précède le sexe, que la division sociale sexuée structure le regard scientifique et profane porté sur les corps et non l'inverse. La domination de la rhétorique biologique dans les représentations est d'ailleurs assez récente si l'on se fie aux travaux de Thomas Laqueur, qui a montré l'utilité politique de la justification biologique de la hiérarchie de genre à partir du XVIII^e siècle (Laqueur, 1992).

La différenciation sexuelle, si elle a pris des formes variées à travers l'histoire, avec des conséquences sociales tout aussi variées, renvoie toujours à la place occupée par les individus dans la reproduction de l'espèce. Les travaux en anthropologie ont permis de montrer des appréhensions multiples du processus de reproduction humaine, avec des visions différentes des apports des femmes et des hommes, et des conceptions de la parentalité et de la filiation très fortement liées à ces appréhensions (Lévi-Strauss, 1949 ; Godelier, 2004). À titre d'exemple, dans le clan des Na, en Chine, les enfants sont perçus.e.s comme issu.e.s de lignées de femmes uniquement et sont élevé.e.s par des fratries mixtes entourant les génitrices. Les mots "père" ou "mari" n'existent pas (Godelier, 2003). Dans le système genré qui caractérise les sociétés occidentales, la reproduction humaine est le socle à partir duquel la différence sexuelle a été socialement élaborée, et les catégories sexuelles construites. La capacité gestationnelle des femmes a été mobilisée comme le fondement d'un rôle de genre focalisé sur l'élevage des enfants, le travail domestique non rémunéré, la sphère privée. À l'inverse, l'incapacité gestationnelle des hommes sert de fondement à l'élaboration de leur rôle social comme supérieur à celui des femmes, la masculinité étant associée à la compétence intellectuelle et physique et au pouvoir.

Selon Danièle Kergoat, *"la division sexuelle du travail a pour caractéristique l'assignation prioritaire des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive ainsi que, simultanément, la captation par les hommes des fonctions à forte*

valeur sociale ajoutée (politiques, religieuses, militaires, etc.)." (Kergoat, 2010, 64). C'est ainsi de part et d'autre de la frontière socialement construite du sexe que se répartissent les activités humaines. Cette division sexuée du travail implique un différentiel de pouvoir entre le groupe social des hommes, qui dispose d'un pouvoir matériel et politique supérieur, et le groupe social des femmes, historiquement exclu des activités socialement valorisées, des sphères décisionnelles et de la gestion financière. Si la compréhension de cette division binaire doit être enrichie des dominations internes aux groupes de sexe, notamment en termes de classe et de race, elle est au fondement de la bicatégorisation et des inégalités sociales liées au genre. Si les différences de droits entre femmes et hommes ont tendance à s'amoinrir en Occident, sous l'impulsion des revendications et des luttes féministes, des inégalités matérielles importantes subsistent, qu'elles soient le résultat de discriminations directes, comme c'est le cas pour les différences salariales (Meulders, Plasman et Rycx, 2005 ; Arulampalam, Booth et Bryan, 2007), ou indirectes, lorsqu'il s'agit de la prise en charge du travail domestique et de la conciliation difficile des injonctions au travail et à la maternité qui visent essentiellement les femmes (Barrère-Maurisson, 2004 ; Périvier, 2004 ; Meron et Silvera, 2004 ; Régnier-Loilier, 2009).

Cette division suit deux principes organisateurs : la séparation et la hiérarchisation. En d'autres termes, tout ce qui est culturellement associé au masculin est considéré comme antinomique du féminin, et inversement. L'appréhension du monde repose sur une série d'oppositions binaires censées caractériser la dichotomie féminin/masculin et donc reproductif/productif : le froid et le chaud, l'humide et le sec, le mou et le dur, le bas et le haut, le malsain et le sain. Ces oppositions sont par ailleurs structurées par une hiérarchie systématique, ce qui est associé au masculin étant toujours considéré comme supérieur, d'un point de vue moral ou physique. C'est ce que l'anthropologue Françoise Héritier appelle la valence différentielle des sexes, un principe de séparation et de hiérarchisation qu'elle analyse comme étant universel (Héritier, 1996, 2002). Cette hiérarchisation symbolique s'accompagne de conséquences matérielles mesurables, dans la mesure où le différentialisme sexué produit des inégalités très majoritairement défavorables aux femmes, qu'il s'agisse du monde du travail, de la répartition genrée du travail domestique ou de la violence (Bihl et Pfefferkorn, 2002 ; Jaspard, 2011). La force du système de genre, qui paraît se perpétuer en dépit des luttes sociales féministes et des avancées technologiques permettant de s'affranchir de certaines contraintes biologiques, est l'illusion de naturalité qui entoure la bicatégorisation des individus.

2. Des rôles de genre naturels ou construits ?

La force des représentations genrées est qu'elles produisent l'illusion d'un ordre naturel : en s'appuyant sur des différences corporelles, la division du monde social en deux catégories passe pour une différenciation naturelle, même si les rôles, compétences et intérêts attribués aux femmes et aux hommes peuvent difficilement être réduits à leurs spécificités génitales ou reproductives. Les études de genre ont au contraire montré que les rôles de genre sont le produit d'apprentissages dès l'enfance, à travers des processus de socialisation différenciés selon le sexe des individus.

a. *L'essentialisation du genre : l'inscription des inégalités dans un ordre naturel*

Les processus de différenciation des individus selon leur sexe s'appuient sur les sens donnés aux différences biologiques qui les caractérisent, bien que ces interprétations puissent prendre des formes différentes selon les sociétés et les périodes de l'histoire. Ces processus catégorisent les êtres humains et extrapolent des différences biologiques, des singularités comportementales et des aptitudes sexuellement spécifiques. L'opposition entre les femmes et les hommes a souvent pris la forme d'une dichotomie entre une masculinité "neutre", point de référence et située du côté de la culture, de l'objectivité et d'une forme de distance au corporel et une féminité au contraire profondément inscrite dans la naturalité ou la corporéité. Selon les mots de Delphine Gardey, "*la nature est la condition sociale de la femme, [...], c'est-à-dire sa destinée biologique et sociale*" (Gardey et Löwy, 2000, 13).

Les spécificités du corps féminin ont donc historiquement été appréhendées en Occident comme déterminant fondamentalement le psychisme et les capacités des femmes. Elles ont été sources de fascination, en étant constituées par les scientifiques (majoritairement masculins) comme incarnations de l'altérité, du spécifique, par opposition à la neutralité silencieuse de la corporéité masculine. De très nombreuses recherches dans des disciplines très diverses ont été consacrées à cette naturalité particulière du corps féminin. Et comme la science est une production culturelle inscrite dans des contextes sociaux situés, ces recherches scientifiques sont empruntes de ce point de vue différentialiste et contribuent à le construire (Gardey et Löwy, 2000). Les maladies spécifiquement féminines (Cayleff, 1988 ; Jacobus, Keller et Shuttleworth, 2013), le cycle menstruel (Martin, 2001), l'utérus (Edelman, 2000), les ovaires (Moscucci, 1993), les hormones dites "féminines" (Oudshoorn, 1994 ; Löwy, 2006) sont autant de spécificités ou de manifestations corporelles qui ont été constituées en sièges de la différenciation, et surtout en preuves de l'incapacité sociale et économique des femmes, affirmant une fragilité organiquement déterminée ou encore une émotivité contre-indiquant

des activités intellectuelles, légitimant ainsi les inégalités de genre au sein de la société (Russett, 1989).

Si les discours sur la fragilité intrinsèque des femmes ou leur trop grande émotivité sont aujourd'hui disqualifiés scientifiquement, il subsiste de ce fondement essentialiste deux éléments qui renvoient les individus à des aptitudes et des comportements sexuellement différenciés.

La capacité gestationnelle de la majorité des femmes est un élément de différenciation des individus selon leur sexe qui demeure central dans les représentations actuelles des rôles de genre. Du fait de cette spécificité corporelle, les conséquences de l'activité sexuelle sont sexuellement différenciées. D'un point de vue biologique, ce sont les femmes qui tombent enceintes, s'exposent aux risques pour la santé que comportent une grossesse et un accouchement ou aux coûts que représente un avortement, encore faut-il que ce choix soit accessible légalement. Il n'y a pas d'équivalence biologique entre femmes et hommes en ce qui concerne les conséquences physiques de la sexualité procréative. Ce potentiel gestationnel est érigé en déterminant biologique d'une série de caractéristiques attribuées aux femmes, comme un intérêt particulier pour la procréation ou encore des compétences instinctives en matière d'élevage des enfants. Faire dériver ces caractéristiques du potentiel de grossesses justifie la surresponsabilisation des femmes dans le domaine des soins aux enfants, mais il s'agit d'une construction sociale au même titre que les autres éléments de différenciation et de hiérarchisation mobilisés dans les représentations de genre. Ainsi, si les femmes font seules l'expérience physique de la gestation, l'investissement psychique et matériel dans la parentalité n'est pas nécessairement sexuellement différencié. Le lien entre parentalité et gestation est d'ailleurs socialement construit et variable comme en témoignent les formes multiples de parentalité observables dans toutes les sociétés (éducation collective, adoption, dons d'enfant) et les évolutions historiques de ces liens, avec par exemple l'émergence de pluriparentalités dans les sociétés occidentales. Comme l'ont souligné Agnès Fine et Agnès Martial : "*on tend bien souvent à opposer une parenté «sociale» à une parenté «biologique», en oubliant pour le dire simplement, que la seconde n'est pas moins sociale que la première.*" (Fine et Martial, 2010). La responsabilisation exclusive des femmes pour les aspects non-gestatifs de la reproduction (conception, désir d'enfant, soins aux enfants, compétences parentales) est une construction sociale qui reflète l'assignation des femmes à la sphère reproductive et des hommes à la sphère productive. En témoignent les transformations de la parentalité depuis qu'elle peut être choisie, qui en valorisant la dimension affective des liens de filiation, se sont traduites par une plus forte implication des pères dans l'éducation et

parfois dans le soin aux enfants. La catégorie des "nouveaux pères" apparue dans les années 1980 recouvrait une réalité considérée comme nouvelle de l'investissement de certains pères dans des domaines choisis du soin aux enfants, notamment les aspects qui impliquent un rapport affectif et ludique comme le fait de donner le biberon ou de jouer (Ferrand, 2005 ; Brugeilles et Sebille, 2009, 2015). Cette relative redéfinition de la paternité peut être en partie comprise dans la lignée des remises en causes sociales de 1968, avec la volonté de rupture avec certaines catégories devenues rigides et le rôle traditionnel paternel. L'investissement ou le désinvestissement des pères, comme des mères (Knibiehler et Marand-Fouquet, 1977 ; Fine, 1998) dépend ainsi des constructions sociales de la parentalité qui circulent au sein d'une société, qu'elles soient genrées ou non. Mais la référence à la capacité gestationnelle comme fondement des compétences parentales permet de légitimer une répartition genrée des rôles et la permanence d'inégalités sociales. Les conséquences de la sexualité sont ainsi différenciées pour les femmes et les hommes non seulement sur le plan de la gestation, mais aussi sur le plan social, dans la mesure où la division sexuelle du travail alourdit considérablement les conséquences sociales de la parentalité pour les femmes par comparaison aux hommes.

Ces processus de naturalisation des inégalités sont également perceptibles dans le domaine de la sexualité. La division sexuelle du travail influence profondément la sphère de la sexualité, dans laquelle on retrouve les principes de séparation, hiérarchisation et naturalisation. Le contrôle de la reproduction est passé par le contrôle de la sexualité des femmes pour garantir l'accès des hommes à la reproduction et les liens de filiation (Héritier, 1996). La construction d'une sexualité genrée, et essentialisée comme telle, permet de justifier le contrôle sur la sexualité des femmes, et la construction d'une culture duelle qui met en opposition et en complémentarité les individus. Les représentations sociales de la sexualité sont ainsi sexuellement différenciées selon une division entre sexualité pulsionnelle masculine et sexualité affective féminine (Ferrand, Bajos et Andro, 2008). Ces représentations donnent un fondement biologique, donc perçu comme immuable, à un ordre moral inégalitaire. Elles semblent résister au mouvement de déconstruction des stéréotypes de genre, du fait de leurs fonctions explicatives pour les individus : Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Armelle Andro ont ainsi montré que les femmes confrontées à un paradoxe entre leurs convictions égalitaires et la répartition genrée des activités au sein de leur structure familiale adhèrent particulièrement à des représentations sexuellement différenciées de la sexualité, comme si la perception d'une différence fondamentale biologique permettait de donner du sens aux inégalités qu'elles expérimentent (Bajos, Ferrand et Andro, 2008).

Les représentations genrées de la sexualité remplissent une fonction sociale d'organisation des relations entre les individus selon une hiérarchie sexuée, et disqualifient les sexualités qui contreviennent au mythe de la complémentarité et de la différence irréductible des sexes (Chauvin, 2005 ; Bereni, Chauvin, Jaunait et Revillard, 2012). La sexualité apparaît donc doublement régie par le genre, en cela qu'elle est l'objet de normes différentialistes mais aussi qu'elle est parfois saisie comme fondement naturalisé de l'inégalité.

Le système du genre s'appuie donc sur une naturalisation des normes de différenciation des individus selon leur sexe. Les catégories "femmes" et "hommes" sont appréhendées comme découlant des spécificités biologiques des individus, spécificités qui détermineraient les capacités, compétences et la psychologie des membres de chaque groupe sexuel. La capacité gestationnelle des femmes est érigée en compétence parentale, et orienterait naturellement leur sexualité vers une préférence pour la conjugalité, quand les hommes seraient principalement déterminés par des pulsions sexuelles contraires à l'instinct parental et bénéficieraient naturellement de traits de personnalité valorisés dans le monde professionnel (Kergoat, 2000 ; Molinier, 2002 ; Giami et Spencer, 2004 ; Ferrand, 2005 ; Mcdowell, 2005 ; Bajos, Ferrand et Andro, 2008). Ces représentations justifient les inégalités sociales entre les sexes et leur confèrent un caractère juste et immuable en les inscrivant dans un ordre déterminé par la Nature. Elles remplissent également une fonction de simplification du réel et sont constituées en arguments de défense d'un ordre inégalitaire, particulièrement lorsqu'il est remis en question (Fillod, 2014).

Pourtant, la variabilité culturelle et historique des normes de féminité, de masculinité, de sexualité et de parentalité, montre que ce n'est pas la nature mais la société qui prescrit la bicatégorisation. Les rôles de genre, perçus comme découlant de caractéristiques biologiques, font en réalité l'objet d'apprentissages tout au long de l'existence des individus, par le biais d'une multiplicité d'instances de socialisation.

b. Devenir femme ou homme : les processus de socialisation

La socialisation peut être comprise comme un processus d'apprentissage des normes sociales à travers différentes instances. Muriel Darmon la décrit comme "*l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit – on dira aussi formé, modelé, façonné, fabriqué, conditionné – par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours duquel l'individu acquiert – "apprend", "intériorise", "incorpore", "intègre" – des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement.*" (Darmon, 2006, 6). Il s'agit de la confrontation des individus à des discours (ou des non-dits), des actes (ou l'absence de

pratiques), à des conventions sociales, et de la manière dont elles et ils vont s'approprier les normes relayées par ces différents faits sociaux. Les normes véhiculées et la manière dont les individus interagissent avec les différentes instances de socialisation sont différentes selon les milieux sociaux. Les apprentissages sont socialement et sexuellement différenciés (Passeron et De Singly, 1984), en fonction des sollicitations dont les individus font l'objet mais aussi en fonction de la légitimité qu'elles et ils accordent aux différentes sources d'apprentissage (Berger et Luckmann, 2006). L'apprentissage de rôles sociaux passe par une assimilation des hiérarchies et des catégories en vigueur dans une société et comporte, dans le cadre des sociétés genrées, une discipline spécifique aux rôles de genre (Calmy-Rey, 2006).

○ *L'apprentissage des rôles sexués*

En matière de genre, la socialisation des individus est le processus qui les amène à adopter des comportements et des représentations sexuellement spécifiques, pour eux et pour leurs pairs. La socialisation de genre se comprend donc comme "*les processus par lesquels les individus assignés depuis leur naissance à une classe de sexe apprennent à se comporter, à sentir et à penser selon les formes socialement associées à leur sexe et à «voir» le monde au prisme de la différence des sexes.*" (Bereni, Chauvin, Jaunait et Revillard, 2012, 107). En Occident, les enfants apprennent ainsi très tôt à classer les humains en deux catégories, en fonction de codes liés à l'apparence physique, qui varient en fonction d'autres phénomènes de différenciation sociale. Les enfants intègrent rapidement qu'elles et ils ont un sexe et que ce sexe est ce qui les différencie ou les rapproche des autres enfants (Dafflon Nouvelle, 2006). Le psychologue Lawrence Kohlberg a ainsi mis en évidence les différentes phases d'intégration du "régime de vérité" du genre, qui classe les individus en deux catégories imperméables et opposées selon le sexe (Kohlberg, 1966) et fait du sexe le point de départ d'appréhension de la subjectivité de la personne.

Les instances de socialisation primaire et secondaire véhiculent des normes sexuellement différenciées, en relayant la division hiérarchique sexuée, mais aussi en sollicitant les individus différemment en fonction de leur sexe. Les comportements parentaux diffèrent ainsi fortement en fonction du sexe de l'enfant, dès la grossesse (Rollet- Echalié *et al.*, 2014), et dans l'enfance, qu'il s'agisse des gestes d'affection (Condry et Condry, 1976), des punitions, des thématiques de discussion (Diter, 2015), du rapport à l'espace extérieur ou encore des modalités de participation aux tâches domestiques (Ferrand, 2004) et les activités qui leur sont proposées, voire imposées, sont sexuellement différenciées. La socialisation des individus passe aussi par leur interaction avec des objets, dont l'utilité, la couleur, la forme, s'inscrivent

dans une cosmologie du genre, par exemple la classique (mais récente) attribution de la couleur rose aux petites filles et du bleu aux garçons, un goût cultivé par les objets et les vêtements qui leur sont attribués, mais considéré comme naturel (Gianini Belotti, 1976). Les jouets et les supports culturels auxquels les enfants sont confrontés reflètent et véhiculent pour la plupart une vision binaire et sexuée du monde (Brugeilles, Cromer et Cromer, 2002 ; Brugeilles, Cromer et Panissal, 2009 ; Detrez, 2005 ; Calmy-Rey, 2006 ; Zegai, 2010). Les espaces dans lesquels les individus évoluent sont eux aussi marqués par une ségrégation sexuelle (Goffman, 1977), ce qui produit des cercles de sociabilité sexués.

Les goûts culturels et alimentaires, l'habillement, les compétences valorisées, la manière de se tenir, de parler, de bouger sont autant d'aspects individuels qui se forment au long de l'existence en fonction des milieux sociaux dans lesquels les individus évoluent, et pour lesquels il existe des modalités sexuées. Si les modalités de la différenciation sexuelle, c'est-à-dire les codes, les goûts, et les représentations du genre, varient selon les classes sociales, le principe de la bicatégorisation sexuée est une constante quels que soient les milieux dans lesquels les individus évoluent.

○ *Déconstruire les rôles de genre masculins*

Les premières recherches féministes ont porté sur les femmes : de la "condition féminine" aux rapports sociaux de sexe, la focale a évolué des femmes seules, aux femmes dans le rapport social qui les oppose à et les inscrit sous la domination des hommes. La critique de ces rapports sociaux inégalitaires est passée par une déconstruction des normes naturalistes de féminité et des dimensions matérielles et symboliques de la domination. Les critiques féministes avaient notamment pour but de donner la parole à des femmes en tant que sujets au lieu de n'être qu'objets de discours, et de déconstruire les mécanismes de leur oppression. En histoire, il s'agissait également de réhabiliter les rôles joués par les femmes dans une histoire jusqu'ici écrite par des hommes et limitée à des personnages masculins (Perrot, 1984). Par conséquent, les hommes ont dans un premier temps échappé à ces analyses critiques en tant qu'acteurs de la domination, inscrits dans les mécanismes sociaux de reproduction de la hiérarchie.

Si la nécessité de s'intéresser aux dominants apparaît parfois dans les travaux des féministes matérialistes (Daune-Richard et Devreux, 1992), c'est seulement à partir des années 2000 que les études de genre sur le masculin ont véritablement pris leur essor (Clair, 2012). Il s'agit dès lors de comprendre comment les hommes en tant que groupe social

s'inscrivent dans le rapport de différenciation et de hiérarchie du genre, soit comment ils sont sexués et par là, deviennent dominants.

Les premières études sur la masculinité ont permis de démontrer les mécanismes de socialisation spécifiquement masculins qui constituent des apprentissages d'un rôle qui se définit par sa distance au féminin et par sa domination sur la catégorie sociale des femmes. La catégorie "homme" fait donc l'objet d'une construction et d'une reproduction dynamiques, nourries par les interactions individuelles. Une autre thématique importante des études qui ont émergées est le rôle des structures économiques et institutionnelles dans la construction des identités masculines, et dans l'accès privilégié des hommes aux sphères économiques et politiques (Connell, 2005, 35). L'armée a par exemple été étudiée comme lieu non-mixte de transmission de cadres de pensée virils : valorisation de la résistance physique et psychique, dévalorisation de l'affect et du relationnel, dévalorisation des tâches d'entretien considérées comme féminines (Devreux, 1992, 1997). Le sport, activité fortement encouragée pour les garçons, a aussi fait l'objet d'études montrant son rôle socialisateur et l'intégration d'un rapport au corps spécifique, tant dans la pratique sportive que dans ses représentations culturelles (McKay et Laberge, 2006).

Si les représentations de la masculinité sont socialement et historiquement situées et donc diversifiées, elles sont toutes caractérisées par le rejet de ce qui est assimilé au féminin. Dans la mesure où la division du monde genrée est hiérarchique et qu'elle valorise systématiquement le masculin aux dépens du féminin, la masculinité normative se définit dans la distance et dans le rejet du féminin. C'est la hiérarchie entre les catégories genrées qui permet de comprendre que les transgressions de genre fassent l'objet de traitements sociaux différents.

Les transgressions de genre des femmes ne sont pas encouragées mais peuvent parfois être tolérées, parce qu'elles signifient l'adoption de comportements valorisés parce que masculins. Dans les professions traditionnellement perçues comme masculines, les professionnelles sont accueillies avec méfiance et l'adoption de comportements associés à la masculinité, comme la compétitivité, l'ambition, la résistance à l'effort, est exigée comme preuve de compétence. L'acceptabilité de femmes dans un monde d'hommes apparaît ainsi conditionnée à des "*efforts de mise en conformité avec le modèle masculin d'activité (prouver que l'on est aussi compétente que les hommes, devoir faire de façon répétée la preuve de son efficacité)*" (Guichard-Claudic et Kergoat, 2007, 7 - 8). Par ailleurs, dans l'enfance, la transgression de genre féminine est souvent tolérée. Des travaux sociologiques se sont intéressés à la socialisation primaire et ont montré le rôle du renforcement différentiel opéré

par les comportements des parents et des éducateurs, soit l'encouragement à l'adoption de comportements sexués (Rouyer et Zaouche-Gaudron, 2006). Les petites filles peuvent adopter des comportements de "garçons manqués" sans susciter autant d'inquiétude ou de répréhension que les garçons adoptant des comportements considérés comme féminins (Court, 2010). En effet, dans l'enfance comme à l'âge adulte, la transgression de genre masculine est plus sévèrement perçue (Connell, 2005 ; Octobre, 2010). Elle est caractérisée par l'adoption de comportements socialement dévalorisés parce que féminins, et représente donc une potentielle perte de statut social pour un dominant. Elle fait l'objet de réprobations et de sanctions physiques et verbales plus importantes, dans la mesure où la transgression met à mal la définition de la masculinité comme dominante. Cette appréhension différentielle des transgressions de genre montre que la construction et le maintien de l'identité masculine, en tant que dominante, nécessitent une vigilance et des efforts constants.

La compréhension de la dynamique de la domination masculine s'est enrichie du concept de masculinité hégémonique développé par Raewyn Connell dans les années 1980 (Connell, 1983 ; Carrigan, Connell et Lee, 1985 ; Connell, 1987). La masculinité hégémonique désigne l'idéal de masculinité en vigueur dans une société. Les faits et gestes des individus masculins les positionnent par rapport à cet idéal, les inscrivent dans le respect des normes de virilité ou au contraire les excluent du cercle de la virilité. Le non-respect de ces normes implique la disqualification de l'individu en tant qu'homme par ses pairs. En effet, la notion d'identité masculine hégémonique implique une subordination des identités féminines et masculines non-hégémoniques. Le pouvoir d'une identité hégémonique tient en effet à sa capacité à *"empêcher les alternatives d'obtenir une définition et une reconnaissance culturelles comme alternatives, et à les circonscrire à des ghettos, au domaine privé et à l'inconscient."* (Connell, 1987, 186). C'est dans un réflexe de protection des prérogatives attachées à la masculinité dans les sociétés occidentales que toute forme de masculinité alternative est condamnée. C'est ainsi que la mise à distance et le mépris pour les comportements qualifiés de féminins permettent de reconstruire et renforcer en permanence la hiérarchie de genre.

Plus concrètement, la masculinité hégémonique est assimilée au pouvoir, à la force physique, à la résistance physique et émotionnelle, à l'absence de peur et à la prise de risque, à la continuité du désir sexuel et à la distance avec le féminin et l'homosexualité (Guionnet et Neveu, 2009). Les comportements masculins s'agrègent autour de ces idéaux normatifs de manière extrêmement variée. En effet, en fonction du statut social, de l'ethnicité ou encore de l'âge, les impératifs de la masculinité se déclinent différemment. L'agressivité physique est par exemple une forme de démonstration virile rejetée dans les milieux les plus favorisés au

profit de l'agressivité morale ou psychologique, notamment dans le domaine économique. Il n'existe potentiellement aucun individu susceptible d'incarner parfaitement l'idéal de masculinité hégémonique, mais les comportements qui s'en approchent sont assimilés à des démonstrations de force et le plus souvent reconnus comme tels socialement, et donc récompensés par le respect des pairs, le pouvoir ou la richesse.

Le système du genre a donc des fonctions d'organisation sociale : il crée une division binaire sur la base du sexe des individus, qui se double d'une hiérarchie symbolique et de conséquences matérielles. S'il s'appuie sur une essentialisation des rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes, la perpétuation et le renouvellement des hiérarchies et différenciations de genre sont assurées par la reproduction des représentations et des modes d'agir genrés, *via* les processus de socialisation qui s'adressent différemment aux femmes et aux hommes, et notamment par le biais de sanctions sociales vis-à-vis de la transgression. La capacité gestationnelle des femmes a un rôle central dans ce système binaire, puisqu'elle est érigée en élément de différenciation radicale des individus. Du fait de l'importance des conséquences physiques et sociales des grossesses pour les femmes, l'attribution de la responsabilité contraceptive aux femmes semble découler de cette capacité, les femmes ayant potentiellement plus besoin de se protéger d'un risque les touchant plus fortement que les hommes. Mais à l'échelle de l'histoire des pratiques de régulation de la fécondité, cette attribution apparaît relativement récente. Son inscription dans le système du genre, avec une essentialisation de l'intérêt et des compétences des femmes en matière contraceptive, peut à ce titre être analysée comme une construction sociale genrée, soit comme une manifestation moderne de la bipartition de l'humanité en deux catégories de sexe.

II. L'entrée de la contraception dans le système du genre : une essentialisation récente de la régulation de la fécondité

La responsabilité contraceptive semble s'inscrire relativement harmonieusement dans le domaine des compétences appréhendées comme féminines, comme la maternité et le rapport à l'institution médicale qu'elle implique dans une société médicalisée (Quéniart, 1989 ; Jacques, 2000). Du fait de leur potentiel de gestation, il apparaît naturel que les femmes prennent en charge la prévention des grossesses, puisqu'elles sont les seules concernées physiquement par ce risque, et que l'impact de l'arrivée d'un enfant est plus fort pour elles, socialement et professionnellement, que pour leurs partenaires masculins. Mais cette

responsabilité n'a pas toujours été attribuée aux femmes : sa féminisation coïncide avec la médicalisation de la contraception, relativement récente dans l'histoire, et a induit une recomposition radicale de ce champ et une naturalisation des compétences en matière de régulation de la fécondité.

1. De l'alcôve à la pilule : nouveau paradigme et nouveau genre de la contraception

Les méthodes médicales de contraception, comme la pilule hormonale ou le dispositif intra-utérin, sont aujourd'hui largement diffusées dans les pays occidentaux, et ce sont les méthodes les plus utilisées en France (Bajos, Bohet, Le Guen et Moreau, 2012). Mais elles ne sont disponibles que depuis un demi-siècle : auparavant, les couples avaient recours à d'autres méthodes de régulation de la fécondité, qui ne reposaient pas entièrement sur les femmes.

a. L'invisibilité des acteurs de la régulation traditionnelle de la fécondité

Entre le XVIII^e siècle pour la France et la fin du XIX^e siècle pour la majorité des pays européens, les dynamiques démographiques européennes ont connu des transformations importantes, et notamment une baisse de la fécondité selon un processus qualifié de transition démographique. Ainsi, le nombre moyen d'enfants par femme dans les générations nées après 1870 en France est limité à 2,7¹⁵ (Léridon, 1987, 7), alors même que les méthodes contraceptives médicales n'ont été diffusées qu'à partir de 1967. Cette baisse de la fécondité a été analysée comme manifestation de modifications sociales profondes, notamment liées aux représentations de la famille et à des enjeux de prospérité économique (Sauvy, 1960 ; Levy et Henry, 1960 ; Boyer et Richard, 1975 ; Meyer, 1977 ; Dupâquier, 1978). En l'absence de méthodes médicales de contraception, cette transformation des dynamiques démographiques s'est appuyée sur le recours à des méthodes plus traditionnelles, comme le retrait ou coït interrompu, l'abstinence (périodique ou non) et le préservatif (McLaren, 1992). Ces méthodes nécessitent une collaboration des deux partenaires et se distinguent ainsi des méthodes médicales plus répandues aujourd'hui, qui peuvent être utilisées par les femmes sans que leurs partenaires soient impliqués, voire en aient connaissance. De fait, l'offre contraceptive précédant l'élaboration et la diffusion de la pilule hormonale et du dispositif intra-utérin impliquait une plus grande participation des hommes dans les responsabilités contraceptives. Les analyses historiques indiquent même qu'il semblerait que la prévention des grossesses relevait largement d'une responsabilité masculine (van de Walle et Muhsam, 1995), et que les femmes avaient plutôt recours à l'avortement lorsqu'une grossesse se présentait en dépit de

¹⁵ Pour les femmes encore vivantes à 50 ans.

ces mesures préventives (McLaren, 1983 ; Adler, 1983 ; McLaren, 1992 ; Sohn, 1996). Le mouvement néo-malthusien français, dans ses tentatives de diffusion de méthodes de contraception féminines, comme le diaphragme, a ainsi rencontré de fortes réticences féminines vis-à-vis d'une prise en charge de la prévention des grossesses inscrite dans le contexte du rapport sexuel (Accampo, 2003).

L'attribution des responsabilités contraceptives presque exclusivement aux femmes est donc apparue tardivement dans l'histoire de la régulation des naissances. Pourtant, les pratiques contraceptives sont abordées aujourd'hui comme naturellement féminines, du fait de la capacité gestationnelle des femmes. Dans le champ des études féministes, la domination masculine a été analysée comme un système d'appropriation des capacités reproductives des femmes (Tabet, 1985 ; Héritier, 1996). Dans cette perspective, le contrôle de la sexualité des femmes a notamment pour fonction sociale d'assurer la filiation d'un homme, en limitant la sexualité féminine à une sexualité hétérosexuelle conjugale monogame et procréative. Dans ce contexte, on comprend les résistances qui ont caractérisé la légalisation et la diffusion des moyens contraceptifs, perçus comme porteurs d'une licence sexuelle féminine moralement répréhensible (Mossuz-Lavau, 2002). Mais cette perspective postule un désir masculin d'engendrement permanent, et occulte les intérêts des hommes à maîtriser leur propre fécondité. Elle invisibilise le rôle que les hommes ont traditionnellement tenu en matière de régulation des naissances.

Dans le domaine sanitaire, depuis le basculement de la contraception dans le champ médical, les dispositions institutionnelles de l'accès à la contraception semblent cibler les usagères, comme en témoigne la majorité des campagnes d'information (Spencer, 1999)¹⁶, les recommandations de bonnes pratiques françaises¹⁷, ou encore la définition limitée aux femmes de la population susceptible de bénéficier de services contraceptifs en Angleterre¹⁸. Cette focalisation sur les femmes suggère une certaine indifférence des hommes aux enjeux de maîtrise de la fécondité, comme s'ils ne pouvaient pas se sentir concernés par le besoin contraceptif : les femmes seraient ainsi seules responsables de la prévention parce que seules à vouloir maîtriser les conséquences procréatives de la sexualité. Or, les méthodes féminines de contraception ne permettent pas seulement aux femmes de contrôler leur fécondité, de

¹⁶ La campagne organisée en 2011 s'intitule par exemple "Certaines femmes pensent à leur pilule quoi qu'il arrive, si vous avez tendance à l'oublier, il existe d'autres contraceptifs plus adaptés" (Cf. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/032-contraceptif.asp>). En 2012, une campagne ciblant la contraception d'urgence ne met en scène que des femmes (Cf. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/022-contraception-urgence.asp>).

¹⁷ INPES, "Comment aider une femme à choisir sa contraception ?", 2013

¹⁸ Cf. Chapitre 9

planifier les grossesses et d'éviter celles qu'elles ne souhaitent pas tout en étant sexuellement actives ; elles permettent aux hommes de ne pas induire de grossesses dans l'exercice de leur sexualité. L'analyse de Mireille Le Guen des pratiques masculines de contraception a mis en évidence le fait que les hommes qui ont fait l'expérience d'une grossesse non souhaitée dans le cadre de leurs relations amoureuses ou sexuelles, modifient leurs comportements contraceptifs, ce qui affaiblit l'hypothèse d'une indifférence masculine complète et souligne la prise en compte par les hommes des enjeux reproductifs au cœur de la sexualité (Le Guen, Ventola, Bohet, Moreau, *et al.*, 2015).

Mais l'élaboration et la diffusion des méthodes médicales de contraception ont indubitablement bouleversé la répartition des tâches entre les femmes et les hommes et ont fortement contribué à la féminisation de ces pratiques et à l'invisibilisation d'une prise en charge traditionnellement masculine de cette responsabilité. En effet, les méthodes de contraception médicales, d'efficacité en moyenne supérieure au retrait et au préservatif, ont été développées exclusivement à destination des femmes (Oudshoorn, 2010).

b. Des méthodes médicales de contraception pour les femmes : de l'engagement féministe au différentialisme médical

La pilule contraceptive féminine a été élaborée à l'issue de mobilisations féministes. L'activiste Margaret Sanger, militante du contrôle des naissances aux États-Unis, a mandaté le chimiste Gregory Pincus grâce au soutien financier sollicité auprès de la millionnaire et militante Katherine McCormick. Cette démarche s'est appuyée sur la conviction, partagée par d'autres militant.e.s du contrôle de la fécondité comme la britannique Marie Stopes, que recours à des contraceptifs constituait un moyen d'émancipation des femmes soumises à des grossesses à répétition, mettant en danger leur santé et celle de leur famille (McCann, 1999 ; Latham, 2002). Cette perspective de la planification familiale est ainsi focalisée sur ses enjeux et ses bénéfices pour les femmes. Mais le développement de technologies contraceptives destinées aux femmes ne s'explique pas seulement par ces mobilisations féministes en faveur de l'autonomie corporelle des femmes. Il est également éclairé par la disponibilité des connaissances médicales sur le fonctionnement reproductif humain. En effet, comme en témoigne le développement de la gynécologie, sans équivalent pour les hommes, les sciences médicales se sont traditionnellement focalisées sur le corps féminin en matière de reproduction et de spécificités sexuelles, menant à un différentiel de connaissances qui s'est révélé déterminant en matière de contraception médicale.

Le développement unilatéral d'une médecine spécifique aux femmes trouve ses origines dans la pathologisation des processus biologiques féminins, et la construction des "*maladies de femmes*" (Edelman, 2000). Comme l'a montré Thomas Laqueur, le corps masculin reproductif et sexuel a historiquement échappé à la médicalisation : "*La femme seule semble posséder un «genre» puisque la catégorie elle-même se définit comme l'aspect des rapports sociaux fondé sur une différence entre les sexes, où l'homme a toujours été la norme. (...) Probablement est-il impossible d'écrire une histoire du corps de l'homme et de ses plaisirs parce que les archives historiques ont été créées dans une tradition culturelle où cette histoire n'était pas nécessaire.*" (Laqueur, 1992, 38 - 39). Ainsi, la médecine a développé des recherches sur la reproduction féminine sur la base de la spécificité des femmes, radicalement différenciées des hommes par leurs singularités reproductives et définies par leur corporéité. Les recherches médicales ont longtemps ignoré le fonctionnement reproductif masculin, témoignant d'une réticence à placer le corps masculin sexué sous le regard médical et à en admettre de possibles défaillances, mais créant par là même un différentiel significatif en matière de connaissances disponibles et de recours thérapeutiques. En ce qui concerne l'élaboration d'une contraception hormonale, ce différentiel a participé à la focalisation des recherches sur la maîtrise du fonctionnement reproductif féminin.

Les travaux en histoire des sciences montrent ainsi la focalisation progressive des travaux en endocrinologie sur les femmes, à partir des années 1930 (Gaudillière, 2003). L'existence d'un réseau institutionnalisé de pratiques gynécologiques permettant l'accès aux matériaux de recherche, et constituant un marché potentiel, a renforcé l'intérêt des médecins et chercheur.e.s pour les applications thérapeutiques de l'endocrinologie à destination des femmes (Oudshoorn, 1990). Cette orientation a eu une incidence sur la disponibilité des connaissances et des matériaux de recherche au moment d'élaborer une contraception hormonale, facilitant *de facto* l'élaboration d'une contraception hormonale féminine plutôt que masculine (Oudshoorn, 2003). Ce différentiel de connaissances et de techniques disponibles n'a pas été compensé depuis les années 1960 puisqu'il n'existe toujours pas de méthode contraceptive masculine chimique réversible. Il se manifeste également dans le domaine de la prise en charge médicale de l'infertilité, où les recours et les connaissances demeurent limitées en cas d'infertilité masculine par rapport aux traitements élaborés pour les femmes (Löwy, 2000).

Le développement du domaine de la santé reproductive est donc caractérisé par une appréhension essentiellement féminine de ces processus et par un retard des connaissances et des techniques sur le fonctionnement reproductif masculin. Ce déficit de recours pour les

hommes peut étonner dans le contexte d'une domination masculine sur les recherches scientifiques. Mais comme le souligne la sociologue Rosalind Coward, le corps masculin est longtemps demeuré exempt d'analyses spécifiques, pour échapper au regard et donc au contrôle médicaux : *"Le corps et la sexualité des hommes sont considérés comme allant de soi, échappent au contrôle scrutateur, alors que ceux des femmes sont considérablement définis et surexposés. C'est aux corps féminins et non masculins que l'on impose des significations sociales et sexuelles [...] les hommes se sont exclus de ce domaine parce qu'un corps défini est un corps contrôlé."* (Coward, 1984, 229).

Les recherches sur une éventuelle contraception hormonale masculine demeurent limitées et peu valorisées dans le domaine scientifique, malgré plusieurs projets financés par des organisations internationales (Oudshoorn, 2003). L'arrivée des méthodes féminines d'efficacité supérieure sur le marché contraceptif a donc bouleversé la répartition traditionnelle des responsabilités entre femmes et hommes, en donnant accès aux femmes à des recours sans équivalent pour les hommes. La diffusion de ces méthodes a représenté une conquête en termes d'autonomie féminine, ce qui éclaire les obstacles politiques auxquels elle a été confrontée, mais elle a aussi durablement féminisé les pratiques contraceptives et leurs représentations sociales.

2. La féminisation de la contraception : l'invention d'une répartition naturelle des responsabilités ?

À partir des années 1960, de nouvelles méthodes font leur apparition sur le marché contraceptif : la pilule hormonale, puis le dispositif intra-utérin, présentent des taux d'efficacité supérieurs aux méthodes mécaniques ou au retrait, ainsi que l'avantage de pouvoir être utilisés indépendamment du rapport sexuel. Mais ces nouvelles méthodes transforment profondément le champ de la contraception, en convoquant un nouvel acteur médical central, responsable de leur prescription, et en attribuant la prise en charge de la prévention des grossesses non désirées aux femmes, seules utilisatrices potentielles de ces méthodes. Ce bouleversement modifie durablement les normes sociales, notamment de genre, qui régissent les usages contraceptifs.

a. *Une conquête féministe pour l'émancipation des femmes ?*

En France comme en Angleterre, les mouvements féministes ont lutté pour l'accès à la contraception et à l'avortement, sur la base de l'argument selon lequel seul le contrôle des naissances par les femmes leur permet d'échapper, théoriquement, aux conséquences biologiques et sociales de la sexualité procréative (Latham, 2002). Les luttes sociales ont

cependant eu une ampleur plus importante en France, où le contexte politique était caractérisé par une plus grande hostilité vis-à-vis de la maîtrise de la procréation¹⁹. *A posteriori*, la légalisation de la contraception a été narrée comme une conquête des femmes pour les femmes (Mossuz-Lavau, 2002 ; Pavard, 2012b). Les analyses scientifiques mais également médiatiques relatent l'histoire d'une émancipation, d'une libération des femmes et de leur sexualité, comme si la sexualité des hommes ne s'en était pas trouvée bouleversée. Les luttes féministes qui ont été nécessaires à la légalisation de la contraception semblent ainsi avoir renforcé une rhétorique assimilant l'accès à la contraception à un droit et un bénéfice pour les femmes.

Cependant, cette féminisation des responsabilités contraceptives, si elle a donné aux femmes des moyens de contrôle de la procréation, a encouragé leur surresponsabilisation, en inscrivant la planification des naissances dans le domaine des tâches reproductives leur incombant presque exclusivement. L'arrivée de méthodes plus efficaces, et surtout féminines plutôt que collaboratives ou masculines, a donné lieu à l'émergence de nouvelles normes procréatives s'adressant prioritairement aux femmes. Nathalie Bajos et Michèle Ferrand parlent ainsi d'une "nouvelle norme contraceptive", qui fait peser sur elles des contraintes et des responsabilités inédites (Bajos et Ferrand, 2004, 2006). Parce que le choix est devenu possible, *via* le recours à l'avortement et à des méthodes de contraception, les grossesses devaient être planifiées, par les femmes, dans des circonstances idéales en termes conjugaux et matériels. Le fait d'avoir des enfants dans des conditions précaires ou instables devient socialement répréhensible, ce qui explique l'augmentation de la propension à avorter en cas de grossesse non prévue et le paradoxe contraceptif français où l'amélioration de la couverture contraceptive ne s'est pas traduit par une baisse du nombre d'avortements annuels (Bajos, Moreau, Leridon et Ferrand, 2004). La disponibilité des moyens de contraception s'est également traduite par une plus forte condamnation des grossesses non prévues, qui sont facilement attribuées à la désinvolture des femmes ou à leur ambiguïté vis-à-vis de la grossesse²⁰. Contrairement aux périodes où la maîtrise de la fécondité était assurée par les méthodes collaboratives, et notamment le retrait, et où la responsabilité d'une grossesse non prévue incombait socialement au partenaire masculin (Accampo, 2003 ; Fisher, 2006), le

¹⁹ Cf. Deuxième partie

²⁰ Israël Nisand, "L'IVG en France. Quelques propositions pour l'avenir", in Jean Cohen, Patrick Madelanat, et Rachel Levy-Toledano, *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020*, Editions Eska, 2000, pp. 108-114

défaut de planification est considéré aujourd'hui comme relevant de la responsabilité des femmes (Bajos et Ferrand, 2002).

Les méthodes de contraception se sont donc inscrites dans la division sexuelle du travail selon des modalités de réaménagement, plutôt que de renversement, des normes de genre. La gestion de la fécondité s'est ajoutée aux responsabilités féminines au même titre que l'élevage des enfants et le travail domestique. Si une partie des conséquences de l'arrivée des méthodes de contraception a été analysée de manière négative par certaines féministes, notamment Américaines (Pringle, 1998 ; Löwy, 2005 ; Löwy et Marry, 2007), les avantages concrets qu'elles représentent en augmentant l'autonomie corporelle des femmes ont éclipsé la responsabilisation exclusive des femmes et longtemps freiné la réflexion sur une possible prise en charge de la contraception par les hommes. La participation des hommes à la prévention en matière de santé sexuelle et reproductive semble difficile à penser dans les milieux féministes, et elle est parfois considérée comme une menace pour l'autonomie des femmes et pour la pérennité économique des services sanitaires destinés aux femmes (Berer, 1996 ; Oudshoorn, 2003).

Les représentations de la contraception comme pratique sociale apparaissent donc focalisées sur les bénéfices pour les femmes, et leur attribuent presque exclusivement cette responsabilité. Cette féminisation de la contraception peut sembler découler "naturellement" des rôles différents des femmes et des hommes dans le processus procréatif (Andro et Desgrées du Loû, 2009), ou est appréhendée comme une conquête féministe (Pavard, 2012b), mais ces représentations occultent le changement de paradigme qui s'est produit avec la médicalisation de la contraception, et la recomposition des normes de genre qui l'a accompagnée.

b. Une recomposition des normes de genre : une masculinité incompatible avec la pratique contraceptive

La prise en charge de la responsabilité contraceptive par les femmes est venue s'inscrire dans le prolongement de leur surresponsabilisation dans le domaine de la reproduction. Si auparavant, la prévention des grossesses s'intégrait aux normes de la masculinité, la virilité se manifestant par la capacité à se contrôler et à protéger sa partenaire des conséquences de la sexualité²¹ (Fisher, 2006), la conjugaison de la médicalisation et de la féminisation de la

²¹ Cécile Thomé, "From a masculine practice to a feminine responsibility: evolution of contraceptive methods in regard to gender in France (1960s-2010s)", CIEG (Interdisciplinary Centre for Gender Studies) 1 International Congress, Lisbonne, Mai 2016

contraception a donné lieu à un basculement de cette pratique hors du champ de la masculinité hégémonique (Connell, 2005).

D'une part, en devenant une pratique attribuée aux femmes, l'usage d'une méthode contraceptive est devenue contradictoire avec les normes de masculinité. En effet, la masculinité comme construction sociale se définit en opposition à la féminité (Guionnet et Neveu, 2009). Dès lors que la prévention des grossesses est perçue comme une responsabilité féminine, l'intérêt d'un homme pour la contraception peut être perçu comme une transgression de genre et de la division sexuée des activités sociales, l'exposant au déclassement social. Certains programmes d'action visant l'implication des hommes en santé reproductive soulignent ainsi la nécessité de travailler sur les normes de masculinité pour contourner cet obstacle (Greene *et al.*, 2006)²².

D'autre part, les définitions normatives de la masculinité comportent une relation difficile à la santé et à l'institution médicale, plus exactement un risque à se constituer patient pour les hommes. Devenir patient, c'est admettre une demande de soins, et donc un dysfonctionnement corporel, ce qui entre en contradiction avec les exigences physiques et psychiques de la masculinité hégémonique. C'est ce qui peut permettre de comprendre le fait que, malgré leur position dominante dans la société, et notamment leur domination historique des mondes économique et médical, les hommes sont globalement en moins bonne santé que les femmes et meurent plus jeunes. Cette situation peut être éclairée, selon un certain nombre de travaux sur la santé masculine qui ont repris cette perspective de genre, par le fait que de nombreuses dimensions de la masculinité hégémonique préconisent des comportements dangereux ou des habitudes sanitaires malsaines : *"Les Français meurent plus que leurs épouses de complications du tabac ou d'alcoolisme, d'accidents de la route ou d'homicides. Dans une certaine mesure, les hommes sont plus touchés par ce qui les distingue positivement des femmes, la prise de risque étant en soi une valeur et une réalité associées à la virilité. Probablement, faut-il alors s'interroger sur ce que sont des inégalités sociales qui s'inversent du point de vue de l'inscription dans les corps : étranges disparités en effet que celles qui ont pour effet de faire périr les dominants en quelque sorte par là où ils exercent leur domination, au moins symbolique."* (Fassin, 1999, 124-125).

Comme les recherches sur la masculinité l'ont souligné, un critère déterminant de masculinité est la distance avec le féminin ; la sensibilité à la douleur et aux manifestations

²² Victoria White, Margaret Greene et Elaine Murphy, « Men and reproductive health programs: Influencing gender norms », Washington, DC: The Synergy Project, 2003. En ligne : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU969.pdf [Consulté le : 20 novembre 2014].

corporelles est ainsi considérée comme un aveu de faiblesse jugé typiquement féminin. La faiblesse physique supposée des femmes est l'un des fondements de l'organisation hiérarchique sexuée des sociétés occidentales ; la supériorité physique des hommes et leur plus grande résistance à la douleur doivent donc être démontrées en permanence afin de réinscrire cette hiérarchie dans les réalités physiques des individus. La faiblesse physique masculine représente un danger pour la légitimité de l'organisation sociale et est en conséquence évitée ou socialement condamnée : la maladie "*peut réduire le statut d'un homme dans les hiérarchies masculines, modifier ses relations de pouvoir avec les femmes, et générer une remise en cause personnelle vis-à-vis de sa propre masculinité.*" (Charmaz, 1995, 268). Le sociologue Pierre Aïach remarquait d'ailleurs en 2001 que la sous-déclaration masculine de problèmes de santé s'atténuait dès lors qu'il s'agissait de problèmes liés à une activité professionnelle particulière (Aïach, 2001, 135). La défaillance physique causée par des activités typiquement masculines semble ainsi plus acceptable socialement, parce qu'elle est compensée par la prise de risque ou l'utilisation de la force préalables. Ces représentations se traduisent par des modalités sexuellement différenciées de fréquentation de l'institution médicale : les hommes consultent beaucoup moins et beaucoup plus tard que les femmes face à un symptôme, et se soumettent de manière moins régulière au regard médical²³.

La médicalisation de la contraception a institutionnalisé un nouveau mode de gestion de la fécondité qui passe par une interaction avec un.e médecin, ce qui implique à la fois d'être en demande et de soumettre son corps au regard médical. Ce phénomène a donc éloigné la contraception des hommes à double titre : en renforçant sa dimension féminine à travers les méthodes contraceptives disponibles (et le parcours de soins spécialisé pour les femmes en France), et en faisant basculer cet objet dans un domaine difficilement accessible pour les hommes soumis aux normes de masculinité, celui des soins.

À l'échelle de l'histoire des pratiques de régulation de la fécondité, la responsabilisation exclusive des femmes en matière contraceptive est donc récente. Elle est liée d'une part, à la médicalisation de la contraception, qui a fait basculer la régulation de la fécondité dans un domaine médical fortement orienté vers la reproduction féminine, et d'autre part à son inscription dans le domaine des droits des femmes à l'autonomie de leur corps. La conjonction de ces deux phénomènes a conduit à une évolution des représentations de la

²³ White Alan *et al.*, *The State of Men's Health in Europe*, European Commission, Directorate-General for Health & Consumers, 2011 ; Alan White et Keith Cash, *A report on the state of men's health across 17 European countries*, Brussels, Belgium, European Men's Health Forum, 2003.

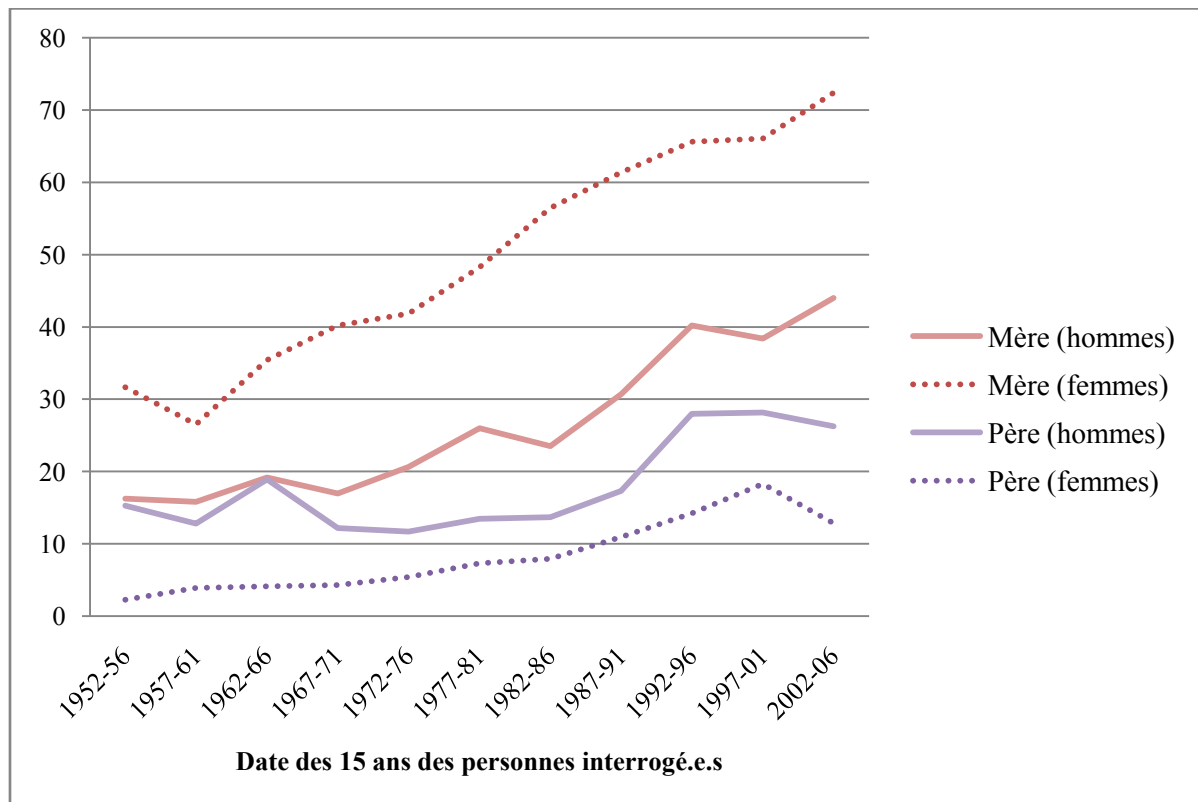
contraception, désormais comprise comme un domaine médical et féminin, alors qu'il s'agissait auparavant d'une pratique mixte, voire d'une responsabilité masculine, gérée dans l'intimité des couples. Cette évolution s'est produite en quelques décennies et la responsabilité exclusivement féminine de la contraception apparaît aujourd'hui comme l'héritage d'une répartition traditionnelle des tâches entre femmes et hommes. La force de cette représentation peut être appréhendée à travers son apprentissage. En effet, la contraception s'inscrit comme objet dans la cosmologie du genre. Il s'agit d'un objet sexué, qui participe à la socialisation de genre des individus et auquel les individus sont socialisé.e.s de manière différente en fonction de leur sexe.

c. La construction d'une responsabilité féminine : l'exemple français

La question de la contraception intervient dans la socialisation de genre de plusieurs manières. La pratique contraceptive fait l'objet d'un apprentissage qui s'adresse différemment aux femmes et aux hommes, par lequel elles et ils intègrent une dimension spécifique de la division de genre. En tant qu'objet matériel, sous la forme d'une plaquette de pilule ou d'un dispositif intra-utérin, les méthodes contraceptives sont constituées comme des objets féminins, dont l'utilisation marque les individus comme appartenant à ce groupe. Ces processus de socialisation prennent également corps à travers les discussions qu'on consacre à la contraception et à travers les processus divers qui accompagnent son utilisation, des discussions intrafamiliales à la consultation médicale, en passant par les discours pédagogiques scolaires et médiatiques. Afin de caractériser les discours des différentes instances socialisatrices en matière contraceptive, nous nous sommes intéressée au cas français, à partir de l'exploitation des données de l'enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF), réalisée par une unité mixte INSERM-INED en 2006. Elle permet notamment d'explorer la socialisation à la contraception à partir de deux instances différentes, la famille et les médecins.

L'enquête CSF montre tout d'abord le rôle central des mères au sein de la famille. Lorsqu'on demande aux individus comment elles et ils ont obtenu leurs premières informations sur les moyens d'éviter une grossesse, les mères apparaissent comme une interlocutrice majeure sur cette question, alors que ce n'est pas le cas des pères. Au fil des générations, il apparaît que la diffusion d'information sur la contraception au sein des familles est de plus en plus sexuellement différenciée et ce, dans deux dimensions différentes.

Graphique 1 : Les parents comme source d'information sur les "moyens d'éviter une grossesse"



Champ : Individus de 18 à 69 ans

Lecture : 32% des femmes âgées de 15 ans entre 1952 et 1956 ont cité leur mère comme source d'information sur les moyens d'éviter une grossesse.

Source : Enquête Contexte de la sexualité en France, INED-INSERM, 2006

Le graphique 1 montre que les individus, femmes comme hommes, citent plus souvent leur mère que leur père comme source d'information sur la prévention des grossesses. Ce rôle prépondérant des mères reflète l'attribution des questions contraceptives aux femmes, mais sans doute aussi le rôle social maternel en matière de santé (Cresson, 1995 ; Memmi, 2003). Par ailleurs, les femmes interrogées citent plus souvent leurs mères que les hommes, ce qui peut laisser penser qu'il existe une différence sexuée dans le dialogue entre les mères et leurs enfants, et que les filles bénéficient plus souvent des conseils de leurs mères, et sont donc plus responsabilisées par ces dernières que leurs pairs masculins. Les pères jouent un rôle mineur par rapport aux mères dans la transmission d'information. Les individus qui citent leur père comme source d'information sur les moyens d'éviter une grossesse sont majoritairement de sexe masculin, ce qui dessine une autre division sexuée entre fils et filles. Ces différences posent la question de la légitimité des pères à s'adresser à leurs enfants en matière de contraception, et plus particulièrement à leurs filles. L'organisation de la transmission

d'informations contraceptives au sein de la famille répond donc à une logique doublement genrée, qu'il s'agisse des sources d'informations ou des destinataires, et cette sexuation des pratiques semble s'être accentuée dans les cinquante dernières années.

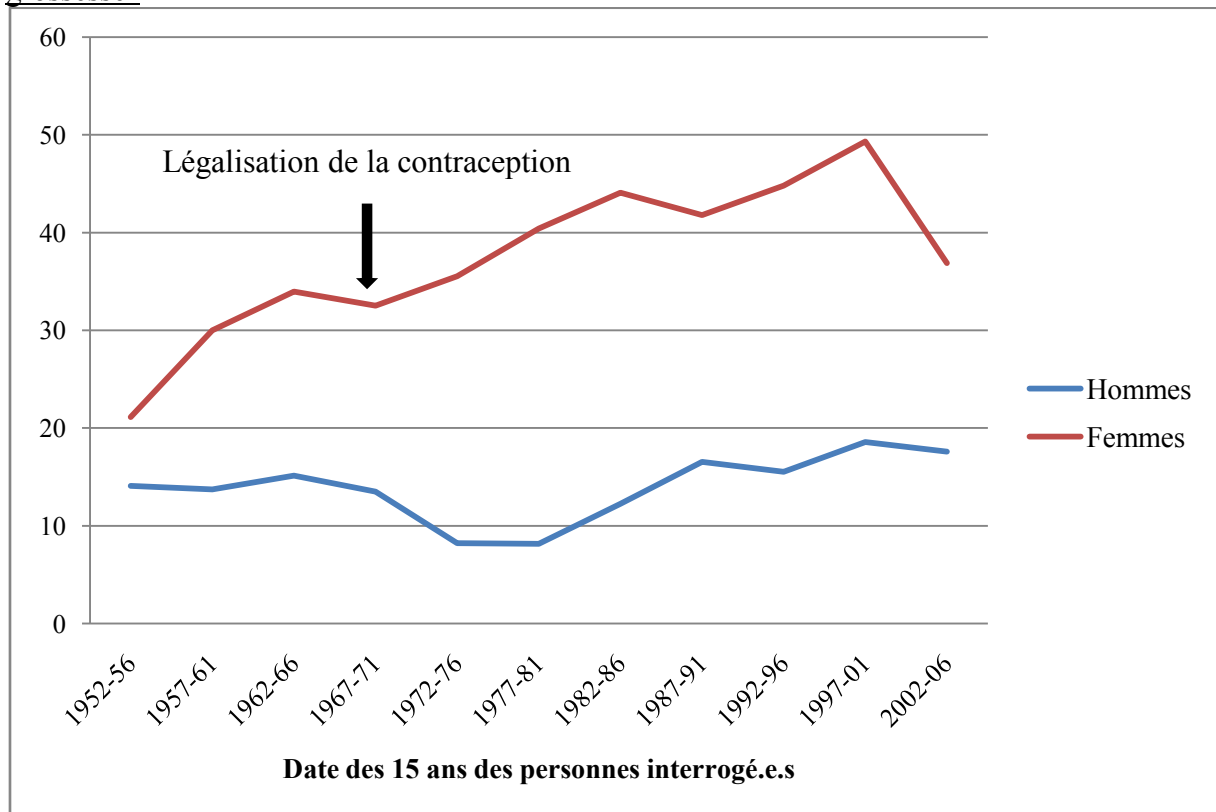
Par ailleurs, depuis la diffusion des méthodes médicales, un nouvel acteur majeur a fait son entrée dans le champ normatif des pratiques contraceptives : les prescripteur.rice.s médicaux. Or, la médecine, notamment reproductive, ne s'adresse pas de la même manière aux femmes et aux hommes. Les femmes ont, d'une part, une fréquentation plus assidue de l'institution médicale, notamment du fait du rôle parental qu'elles endossent plus fortement que leurs partenaires masculins, et de leur plus forte implication dans le suivi médical des enfants ; d'autre part, du fait de l'existence d'une médecine qui s'adresse principalement à elles : la médecine reproductive. Le suivi gynécologique institutionnalisé pour une grande partie de la population féminine joue un rôle socialisateur très fort, souvent dès l'adolescence (Guyard, 2008). Il constitue un apprentissage en termes de responsabilité, de vocabulaire, de rapport à l'institution médicale et de soumission à son regard. Contrairement aux hommes, le fait d'accorder de l'attention aux symptômes, de consulter de manière préventive et d'admettre un dysfonctionnement corporel, n'entre pas en contradiction avec les normes de féminité puisque les normes de genre se fondent sur une différenciation corporelle qui postule une plus grande faiblesse féminine. Comme le souligne William Courtenay: "*Très tôt dans leur existence, la plupart des adolescentes [...] apprennent l'importance d'examen physiques réguliers, qu'on leur présente comme faisant partie de la vie d'une femme ; les garçons adolescents n'apprennent pas que les examens physiques font partie de leur masculinité. [...] Les hommes souhaitant se responsabiliser vis-à-vis de leur santé devront non seulement transgresser les barrières de genre mais apprendre de nouvelles compétences.*" (Courtenay, 2010, 1396).

La contraception en tant que pratique médicale s'inscrit donc dans un contexte fortement sexué, celui d'un système de santé plus fréquenté par les femmes, et d'autant plus en santé reproductive. La médicalisation de la contraception ayant coïncidé avec le développement de méthodes féminines efficaces, le caractère féminin de la contraception a été une représentation dominante dès les débuts de sa prise en charge médicale. Les apprentissages médicaux, en termes de responsabilité, d'assiduité, de suivi et d'observance en matière contraceptive, se déroulent en grande partie au contact de l'institution prescriptrice, que les hommes ne fréquentent pas en France. Femmes et hommes sont donc confronté.e.s à des sollicitations et des apprentissages différents en matière de contraception, car là où les

femmes sont exposées aux discours médicaux, les hommes n'ont souvent aucun échange avec l'institution médicale sur ce sujet.

Les résultats de l'enquête CSF montrent ainsi que le fait de recevoir les premières informations sur les moyens d'éviter une grossesse de la part de sa ou son médecin est un phénomène qui concerne plus les femmes que les hommes, et que la différence sexuée s'est accentuée avec la diffusion des méthodes médicales, et le développement d'un accès presque exclusivement médical à la contraception²⁴.

Graphique 2 : Les médecins comme source d'information sur les "moyens d'éviter une grossesse"



Champ : Individus de 18 à 69 ans

Lecture : 21% des femmes âgées de 15 ans entre 1952 et 1956 citent leur médecin comme source d'information sur les moyens d'éviter une grossesse.

Source : Enquête Contexte de la sexualité en France, INED-INSERM, 2006

L'analyse de ces données illustre les processus de socialisation différenciés s'adressant aux femmes et aux hommes dans le domaine contraceptif et éclaire l'apprentissage de rôles genrés en la matière : les femmes sont plus sollicitées par leurs mères et par les médecins que

²⁴ La forte baisse qui caractérise la plus jeune génération de femmes interrogées peut être liée à l'âge des répondantes au moment de l'enquête réalisée en 2006 : il est possible qu'à 15 ans, les jeunes filles n'aient pas encore été confrontées à une approche médicale de la contraception. Il est intéressant de constater que cette distinction en fonction de l'âge ne se manifeste pas pour les hommes.

leurs homologues masculins, et apprennent dès l'adolescence que la prévention des grossesses relève de leur responsabilité.

Ces données soulignent l'importance de l'apprentissage des rôles de genre en matière contraceptive et vont à l'encontre d'une représentation naturalisée de la répartition des responsabilités contraceptives entre les femmes et les hommes.

Le retour sur les modalités historiques de la régulation de la fécondité et sur les transformations occasionnées par le développement des méthodes contraceptives médicales souligne le caractère récent et construit de la responsabilité presque exclusivement féminine de la contraception. Loin de constituer un héritage direct de la division sexuelle du travail entre femmes et hommes, ou de la capacité gestationnelle des femmes, elle correspond à une recomposition des normes de genre entourant les pratiques de régulation de la fécondité, à laquelle participent l'ensemble des acteur/rices sociaux, et particulièrement un acteur devenu central avec l'apparition des méthodes médicales, la profession médicale.

Le caractère récent de cette recomposition incite à considérer les inégalités entre les sexes dans ce domaine dans une perspective dynamique. Au-delà des (nécessaires) retours historiques sur les constructions et formes variables qu'ont pris les rapports sociaux au cours de l'histoire, il faut appréhender leurs formes contemporaines comme des configurations sociales actuelles, et non comme de simples rémanences. Cela permet notamment de mieux rendre compte des oppositions, des contradictions internes à des systèmes de dominations et de la existence d'alternatives. Cela autorise également à appréhender la persistance de la bicatégorisation sexuée du monde, non comme un héritage qui aurait échappé aux remises en cause, mais comme une recomposition des hiérarchies s'appuyant sur la structure traditionnelle de la division des sexes. Cette perspective dynamique doit permettre de "*penser la dialectique entre invariants et variations, car si cette démarche suppose de débusquer les phénomènes de reproduction sociale, elle implique simultanément d'étudier les déplacements et ruptures de celle-ci ainsi que l'émergence de nouvelles configurations pouvant tendanciellement remettre en cause l'existence même de cette division.*" (Kergoat, 2000, 36-37).

Une perspective dynamique sur le genre évite l'écueil de la linéarité et de la réification de la bicatégorisation du monde. Elle permet la prise en compte de la coexistence de plusieurs types de représentations et de rapports sociaux au sein d'une structure globale de pouvoir. Le genre doit ainsi être appréhendé comme une construction sociale contemporaine, qui est le produit des interactions quotidiennes (West et Zimmerman, 1987) et qui s'inscrit dans des

systèmes de pouvoir actuels. Pour résumer : *"si les inégalités de sexe existent et persistent dans la société française (ou tout autre société) aujourd'hui, c'est qu'il y a des raisons propres à cette société qui permettent d'expliquer ce phénomène et que [...] ces raisons ne sont pas a priori identiques à celles qui permettent d'expliquer un phénomène similaire dans un autre contexte géographique ou historique."*²⁵. La comparaison entre plusieurs contextes historiques, ou entre des pays différents, se révèle particulièrement heuristique dans cette perspective puisqu'elle *"permet de questionner des phénomènes ou des causalités prises comme allant de soi dans un pays, en montrant que dans un autre pays, dans des circonstances différentes, ces liens n'existent pas."* (Glover, 1991, 9).

C'est dans cette perspective que la répartition genrée des responsabilités contraceptives peut se comprendre comme le produit d'interactions multiples contemporaines, traversées par des enjeux financiers et institutionnels, plutôt que comme un héritage de la division sexuée du travail traditionnelle. La structure des pratiques contraceptives peut alors être appréhendée comme une recombinaison des inégalités de genre, selon des logiques de justifications actuelles, et notamment une essentialisation nouvelle des individus, variables d'un pays à l'autre.



Les pratiques contraceptives s'inscrivent dans le système du genre, et ont été associées alternativement aux hommes ou aux femmes selon les périodes historiques. La responsabilité de prévenir les grossesses a traditionnellement concerné les hommes, du fait des méthodes disponibles (retrait, préservatif) et des représentations genrées de la sexualité (Accampo, 2003). Elle s'est ensuite féminisée, avec la mise à disposition de méthodes plus efficaces agissant sur le corps féminin. Cette transformation a occasionné une recombinaison profonde des représentations des pratiques anticonceptionnelles, désormais assimilées aux tâches perçues comme féminines au même titre que la reproduction et l'élevage des enfants. Ces représentations sont récentes, dans la mesure où la féminisation de la responsabilité contraceptive a coïncidé avec la diffusion de la pilule hormonale et du dispositif intra-utérin à partir des années 1960. Mais elles semblent aujourd'hui découler d'une forme d'évidence

²⁵ Nicki Lefevre, communication personnelle, 2014

biologique, la prévention des naissances s'inscrivant dans le prolongement de la division sexuée du travail traditionnelle. De part leur féminisation et leur médicalisation, les pratiques contraceptives entrent désormais doublement en contradiction avec les normes de la masculinité hégémonique, qui se construit en opposition au féminin et dans une distance au domaine des soins. Ce basculement historique et la recomposition des normes sociales qui l'accompagne souligne le caractère dynamique des représentations et des inégalités de genre : en dépit de son apparence d'héritage historique, la répartition actuelle des responsabilités contraceptives est une construction récente et s'appuie sur des processus de socialisation très différenciés selon le sexe.

L'arrivée des méthodes médicales de contraception a doublement transformé le champ des responsabilités contraceptives, du point de vue du genre d'une part, mais aussi en convoquant un nouvel acteur normatif particulier : la profession médicale. L'accès à la plupart des méthodes contraceptives est désormais conditionné à une interaction avec des professionnel.le.s de santé, qui par ailleurs sont devenu.e.s la référence en matière de bons et de mauvais usages de la contraception. C'est donc dans un contexte de médicalisation de la régulation de la fécondité que les pratiques contraceptives doivent être resituées.

Chapitre 2 : Un nouveau référentiel pour la contraception : la médicalisation du contrôle de la fécondité

Dans tous les pays où elles sont accessibles, les méthodes de contraception modernes sont délivrées par le corps médical. Elles sont d'ailleurs souvent appelées "méthodes médicales", ce qui montre leur association avec le domaine du soin. Cette association s'explique en partie par les actes impliqués (pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant, stérilisation) et par la surveillance biomédicale qui accompagne la prise de contraceptifs hormonaux. Mais le fait de constituer les médecins comme prescripteur/rice.s n'a rien d'évident. La planification des naissances a longtemps été une question d'abord sociale et politique. Si certain.e.s médecins se sont vus sollicité.e.s par leurs patient.e.s en demande de solutions, d'autres se sont initialement très fortement opposé.e.s à la prise en charge de ce domaine par la médecine. Empêcher la conception lors d'un acte sexuel s'éloigne en effet de la mission première de la médecine telle qu'elle était conçue dans les années 1950, c'est-à-dire la guérison. En France, le Conseil de l'Ordre des médecins s'est opposé jusqu'en 1966 à l'implication des médecins dans le champ de la planification des naissances (Garcia, 2007, 117).

La contraception n'a donc pas toujours été médicale, et c'est seulement avec l'arrivée de méthodes comme la pilule hormonale et le dispositif intra-utérin, et avec la légalisation de ces méthodes en France, que les médecins sont entré.e.s en scène. Le processus de médicalisation d'un enjeu auparavant éminemment politique et social est complexe. Le basculement de la contraception dans le champ médical répond à plusieurs logiques, de la moralisation d'un enjeu social par les militant.e.s du contrôle des naissances à l'investissement d'un nouveau secteur d'activité par les médecin.e.s (Knibiehler et Marand-Fouquet, 1983). Le fait de soumettre l'accès à la contraception à l'interaction médicale peut aussi être analysé comme un compromis politique entre les revendications féministes, les nécessités sanitaires avancées dans les argumentaires mobilisés, et la peur inspirée par une planification familiale généralisée, à la fois en termes démographiques et moraux.

Dans la mesure où la diffusion et la prise en charge publique de la contraception sont passées par sa médicalisation, il paraît important pour analyser cet objet non seulement de connaître les représentations et modes d'agir de celles et ceux à qui l'on en a confié le contrôle social, mais également d'analyser les modalités de cette médicalisation et le rôle social de ce processus.

I. La profession médicale comme acteur normatif dans le champ de la contraception

Les pratiques de régulation de la fécondité ont traditionnellement été adoptées dans le cadre privé, et ce plus particulièrement en France où l'information sur les méthodes de contraception a été formellement interdite entre 1920 et 1967 (Cahen, 2007). L'élaboration de méthodes médicales de contraception, puis leur diffusion dans les contextes français et britannique, ont placé au centre des pratiques d'accès à la contraception et de définition des normes régissant ce domaine un nouvel acteur jusqu'alors absent : les prescripteur/ric.e.s appartenant au domaine médical. La centralité de ce nouvel acteur a donné lieu à une recomposition des normes sociales entourant les pratiques contraceptives. Au-delà du basculement en termes de genre de la responsabilité contraceptive, le rôle d'expert.e.s conféré aux médecins a eu pour conséquence l'élaboration et la diffusion de nouvelles normes encadrant le recours à des méthodes de régulation de la fécondité, appuyées sur des représentations médicales de la contraception, de la fécondité, de la sexualité et du genre. Cette médicalisation des pratiques contraceptives s'inscrit dans un mouvement global d'extension de la légitimité des professionnel.le.s médicaux dans les sociétés occidentales, et implique le redéploiement des pratiques contraceptives dans un espace structuré par des rapports de pouvoir spécifiques au domaine de la médecine.

1. La médicalisation de la contraception : un nouvel espace normatif pour les pratiques de régulation de la fécondité

Le basculement de pratiques et de phénomènes sociaux dans le domaine d'expertise et d'action légitime de la médecine n'est pas spécifique aux pratiques de régulation de la fécondité. Ces processus de recomposition des représentations ont été qualifiés de médicalisation, et participent d'un phénomène d'extension du champ de la légitimité scientifique et médicale, commun à toutes les sociétés occidentales. La particularité de la contraception réside cependant dans le fait que sa prescription et sa supervision médicales se sont inscrites dans un domaine particulier de la médecine, celui de la santé des femmes, structuré par une histoire et un regard particulier porté par l'institution sur le corps de ces dernières. La médicalisation de la contraception représente donc une recomposition des normes structurant les pratiques qui est loin d'être neutre pour les usager.e.s des méthodes de planification familiale.

a. Le processus de médicalisation : l'expertise médicale comme norme

Élaboré dans les années 1970, le concept de médicalisation caractérise un processus marquant tous les pays occidentaux, qui reflète autant qu'il alimente la croissance du domaine

médical dans nos sociétés. Ce processus, qui a été largement analysé et documenté en sociologie et en science politique, peut être appréhendé comme un phénomène global de "*dilatation du médical*" (Memmi, 2003, 21) à plusieurs niveaux de la vie sociale. Le premier théoricien de ce processus est Irving Zola, qui en 1972 conceptualisa ce qu'il décrivait comme "*un phénomène insidieux et non dramatique réalisé par la médicalisation de la vie quotidienne, par le fait de rendre la médecine et les termes "sain" et "malade" pertinents dans une part constamment en extension de la vie humaine.*" (Zola, 1972, 487). Le sociologue Pierre Aïach décrit ainsi ce phénomène comme une extension du domaine médical, quantitativement et qualitativement, c'est-à-dire que la profession médicale croît en nombre et en présence à tous les niveaux de la société, et que le domaine de compétence de la médecine, habilitée à prendre en charge de plus en plus de problèmes et de dimensions de la vie sociale, ne cesse de s'étendre (Aïach, 1998).

Ce phénomène global se manifeste par la médicalisation de domaines et de phénomènes spécifiques. La définition donnée par Peter Conrad fait aujourd'hui référence : "*La médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, à utiliser le langage médical pour décrire un problème, adopter un cadre médical pour comprendre un problème, ou utiliser l'intervention médicale pour le traiter.*" (Conrad, 1992, 211). Historiquement, le concept a d'abord été utilisé pour qualifier le basculement de phénomènes sociaux considérés comme des problèmes du domaine judiciaire au domaine médical, transition qualifiée par Conrad et Schneider de transformation "*from badness to sickness*" (Conrad et Schneider, 1992), comme cela a par exemple été le cas pour l'alcoolisme, l'homosexualité ou encore la toxicomanie. Les comportements auparavant appréhendés comme moralement répréhensibles sont pathologisés et appréhendés à travers un prisme médical, la guérison venant remplacer la sanction en termes de solution à apporter au problème. Le concept a par la suite été étendu à tout phénomène de qualification d'un problème social comme médical, la contraception étant l'un des exemples archétypiques de cette extension au même titre que la ménopause et les troubles de l'attention (ADHD).

Ces exemples de médicalisation traduisent le rôle social croissant de la profession et de la pensée médicales, qui influencent la perception et organisent la prise en charge de phénomènes de plus en plus nombreux. Selon Peter Conrad, cette extension de la légitimité accordée au médical intervient dans un contexte caractérisé par une combinaison de plusieurs facteurs parmi lesquels la sécularisation des sociétés et l'institutionnalisation de la profession médicale. La sécularisation de la société reflète et alimente un recul des normes et des représentations sociales religieuses. Elle marque un basculement vers la domination sociale de

la rationalité scientifique comme mode d'appréhension du monde (Laqueur, 1992). Dans ce contexte, les discours médicaux, qui s'inscrivent dans cette rationalité scientifique en se réclamant de la science médicale, gagnent en légitimité et en force. Ils sont mobilisés comme nouvelle logique d'ordonnement du monde, là où le discours religieux fournissait auparavant des clefs de compréhension, voire des solutions, à ce qui est socialement considéré comme problème (Carricaburu et Ménoret, 2004). La légitimité du discours médical dépend de son association à la science et plus généralement de la légitimité sociale accordée à la profession médicale. Seule une profession médicale organisée et reconnue par le pouvoir politique *via* l'octroi d'un monopole peut imposer ses représentations comme valables et vraies (Freidson, 1984). C'est ainsi que l'institutionnalisation de la profession médicale a contribué à construire ce rôle social en extension que traduisent les phénomènes de médicalisation.

Les médecins sont parfois eux-mêmes à l'origine de la médicalisation de certains phénomènes, dans un but d'accroissement de leur légitimité à intervenir socialement. L'autonomie de la profession médicale se manifeste notamment dans sa capacité à définir son champ de qualification et sa déontologie, et les médecins peuvent eux-mêmes se saisir d'un problème et le définir comme dépendant de leur domaine de compétence (Delanoë, 1998 ; Conrad et Potter, 2000 ; Guyard, 2008).

Mais les médecins ne représentent pas l'unique impulsion aux processus de médicalisation. Les pouvoirs publics peuvent en être un autre acteur, notamment pour transférer la prise en charge d'un problème vers l'institution médicale, comme cela a été le cas avec l'alcoolisme (Conrad, 1992). L'appréhension médicale de problèmes sociaux est également souvent consensuelle et dépolitisante, car elle individualise ces problèmes en les réduisant à des pathologies. La médicalisation des troubles de l'apprentissage ou de la violence conjugale peut être analysée en termes de dépolitisation de ces enjeux en les pathologisant plutôt que d'interroger les rapports sociaux inégalitaires de sexe et de classe qui les traversent.

Un processus de médicalisation peut aussi être amorcé par la société civile et répondre à une demande sociale. Certain.e.s militant.e.s de la légalisation de la contraception ont ainsi revendiqué sa dimension sanitaire et médicale, car le basculement dans le domaine médical était un gage de moralisation d'un enjeu perçu comme immoral, dans un contexte de condamnation catholique des pratiques de planification familiale (Sevegrand, 1995). Défendre l'accès à la contraception comme pratique de santé était plus audible politiquement que la

défense de l'autonomie corporelle des femmes et de leur droit à disposer de leurs corps (Garcia, 2007 ; Pavard, 2012b).

La médicalisation de la régulation de la fécondité a donc été pour partie motivée par une volonté politique de neutralisation des enjeux politiques de ces pratiques, et a par ailleurs coïncidé avec l'élaboration de méthodes contraceptives requérant l'intervention de professionnel.le.s de santé. Mais l'inscription de ces pratiques dans le champ médical a des conséquences sur les représentations du recours contraceptif. D'une part, la profession médicale en France comme en Angleterre, s'est d'abord montrée réticente à intégrer cet enjeu sans lien direct avec la maladie et la guérison dans leur domaine de compétences (Leathard, 1980 ; Ferrand-Picard, 1982 ; Pavard, 2012b), et la médicalisation de la contraception a donc confié la gestion de l'accès aux méthodes à des professionnel.le.s traditionnellement réticent.e.s. Par ailleurs, la prise en charge médicale de la prescription de contraception s'est inscrite dans le prolongement du développement d'une médecine de femmes, historiquement caractérisée par un regard médical normatif, voire pathologisant, sur les femmes (Moscucci, 1993).

b. Le regard médical sur le corps des femmes

À partir du milieu des années 1970, les études féministes se sont saisies du concept de médicalisation pour montrer les spécificités de genre que ce processus revêt. L'argument principal de ces études féministes est que les corps féminins sont l'objet d'une médicalisation accrue, autour de leurs capacités procréatives : *"la focale était la reproduction féminine et comment une idéologie du déterminisme biologique était utilisée pour opprimer les femmes, la biologie féminine étant utilisée comme un « fait biologique » pour construire la différence sexuelle et le dualisme sexuel."* (Riska, 2009, 152).

En d'autres termes, le regard médical s'est intéressé de très près aux processus biologiques féminins et a produit des catégories définitionnelles qui construisent à la fois la spécificité féminine et son caractère pathologique. Les processus physiologiques féminins, comme la menstruation ou le vieillissement hormonal, bien que comparables dans leurs mécanismes à d'autres processus biologiques considérés naturels, sont décrits dans le vocabulaire médical en référence à la dégénérescence ou à la dysfonction (Martin, 2001). Cette pathologisation est le fondement de la médicalisation de processus physiologiques spécifiquement féminins, et de la construction de la différence sexuelle car : *"les phénomènes de santé féminins ont toujours été plus vulnérables que ceux des hommes aux processus de médicalisation"* (Clarke, 1990, 9).

L'analyse de Thomas Laqueur sur la différenciation sexuelle, un paradigme devenu hégémonique en Occident autour du XVIIIe siècle, apporte un éclairage sur les modalités de cette différenciation sexuelle et de cette pathologisation du corps féminin. Selon cet historien, le paradigme de corps féminins et masculins radicalement différents par leurs sexes est mobilisé de manière croissante après la Révolution française jusqu'à devenir majoritaire dans le monde scientifique et médical. Il explique ce succès par le rôle social de la différenciation sexuelle, qui permet de fonder biologiquement les différences de traitements sociaux entre femmes et hommes. Ainsi, ce n'est plus la tradition ou l'ordre divin qui fonde les inégalités entre les sexes, mais les capacités liées à leurs biologies, et plus précisément à leurs différences sexuelles (Laqueur, 1992). Cette différence sexuelle est en fait une caractérisation du spécifiquement féminin, la corporéité masculine ne faisant pas l'objet d'autant d'études et d'attention médicales. Comme l'a souligné Nicole Edelman, *"le discours sur la femme privilégie son sexe, on analyse en quoi son être sexué la rend irrémédiablement différente. La caractérisation de l'homme ne renvoie pas à son être sexué. [...] Ainsi, le plus souvent, dans ce cadre sexué, on oppose non pas femme à homme mais femme à genre humain. Elle est le Sexe du genre humain"* (Edelman, 2003, 11). Le corps féminin et ses fonctions biologiques sont alors décrites comme intrinsèquement pathologiques, l'utérus, puis les ovaires étant perçus comme la source de tous les maux qui affecteraient les femmes, et comme la raison même de leurs incapacités sociales à exercer les fonctions politiques et économiques réservées aux hommes. La construction sociale de l'hystérie renvoie à cette pathologisation et à la représentation de femmes entièrement dominées par leur sexe. Que l'origine de cette maladie soit située dans l'utérus ou le cerveau, elle témoigne toujours d'une excessive féminité et d'une trop grande sensibilité qui fondent les incapacités professionnelles et sociales des femmes. Pendant une brève période au XIXe siècle, le pendant masculin de l'hystérie, l'hypocondrie, fera l'objet de traités médicaux. Mais alors que l'hystérie, dérive naturelle de la féminité, menace toutes les femmes, l'hypocondrie est due à un excès de travail intellectuel. Les maladies nerveuses témoignent ainsi de l'opposition entre femmes et hommes basée sur l'opposition entre nature et culture, et de la contribution du discours médical à l'assignation sexuelle à des rôles sociaux (Edelman, 2000). La différence sexuelle construite par le discours médical, et la pathologisation du féminin comme fondement de son incapacité sociale, sont à l'origine du développement d'une médecine spécifique pour les femmes. Le développement de la gynécologie repose sur ces représentations et les nourrit en constituant les femmes en patientèle, en construisant des catégories pathologiques et en proposant des remèdes.

Le développement de la gynécologie, c'est-à-dire une spécialité dédiée à toutes les spécificités du corps féminin, représente un nouveau cadre de médicalisation genrée, où des phénomènes auparavant considérés naturels, ou du moins non pathologiques, sont désormais pris en charge médicalement, comme c'est le cas pour les règles irrégulières ou douloureuses, ou pour la ménopause. La médicalisation de ces phénomènes répond à des logiques diverses, des demandes profanes aux enjeux professionnels financiers. Daniel Delanoë a ainsi montré que le traitement hormonal de la ménopause a été promu par des gynécologues qui répondaient à une demande sociale de prise en charge des souffrances des femmes liées au vieillissement, mais aussi à des intérêts professionnels et financiers qui justifiaient un discours alarmiste et la généralisation du traitement à toutes les femmes. Cette promotion s'est accompagnée d'un discours marqué par l'injonction à la jeunesse et la pathologisation du corps féminin : *"Le discours médical a produit une représentation de la ménopause particulièrement pathologique (biologiquement) et négative (socialement) afin de justifier son intervention thérapeutique, participant ainsi largement à la représentation stigmatisante de la femme ménopausée."* (Delanoë, 1998, 212).

Laurence Guyard a également montré la normativité de l'espace de la consultation gynécologique et les injonctions des praticien.ne.s en matière de corpulence, de sexualité et d'esthétique, sans oublier la transmission de normes en matière de responsabilité contraceptive et de procréation. Elle a en particulier souligné le rôle de la pilule en tant que thérapie hormonale dans la régulation et la normalisation des corps féminin, le corps idéal façonné par ces pratiques étant un corps lisse, régulier, prévisible et silencieux (Guyard, 2008).

La médicalisation des phénomènes biologiques féminins marque donc le rôle des représentations genrées dans l'appréhension des corps. À travers les définitions données à des phénomènes biologiques, le discours médical transmet des normes genrées, souvent dépréciatives en ce qui concerne le corps féminin, et en accord avec les représentations sociales des rôles des femmes, notamment en ce qui concerne les rapports femmes-hommes et la procréation. Le corps masculin, dans sa spécificité, a longtemps échappé au regard médical mais les récents processus de médicalisation se révèlent tout aussi genrés. La médicalisation des dysfonctions érectiles masculines véhicule ainsi des représentations traditionnelles d'une sexualité masculine mécanique, et qu'il faudrait "restaurer" pour conserver une masculinité "naturelle" (Giami et Spencer, 2004 ; Riska, 2009).

Leur spécificité genrée montre la dimension sociale des processus de médicalisation, qui s'inscrivent dans des contextes politiques particuliers et remplissent des fonctions de contrôle

et de hiérarchisation sociales. Les analyses historiques de la médicalisation du corps féminin ont ainsi montré que les préconisations médicales constituaient des rappels à l'ordre de genre, l'arrêt de l'éducation féminine étant par exemple recommandé pour soigner des troubles de la menstruation et éviter une "*irritation cérébrale*" (Ehrenreich et English, 1979), ou les causes d'une ménopause pathologique étant attribuées au non-respect du rôle féminin ou au fait d'avoir des rapports sexuels pendant ou après la ménopause (Clarke, 1990). Dans ce contexte, la médicalisation de la contraception peut apparaître comme une limitation de l'autonomie procréative des femmes et l'imposition de représentations négatives de leurs corps, mais ce processus social répond également à des demandes formulées par les féministes.

c. L'ambivalence de la médicalisation du corps féminin : entre contrôle et demande sociale

Comme nous l'avons souligné précédemment, les phénomènes de médicalisation peuvent répondre à des demandes sociales et ne doivent pas être appréhendés uniquement du point de vue de la normativité médicale. À l'instar d'autres processus de médicalisation, celle du corps féminin peut correspondre à plusieurs impulsions et pas seulement à une extension du pouvoir et du domaine d'action médicaux : "*La perception de la naissance, de la reproduction, des troubles prémenstruels, du poids et de la détresse psychologique comme des phénomènes médicaux est le résultat d'un processus réciproque qui implique à la fois les médecins et les femmes. La médecine s'est constamment redéfinie au cours de son développement comme profession. Les intérêts de médecins à étendre leur juridiction sur certains domaines ont coïncidé avec les intérêts de certains groupes sociaux à voir leurs expériences dans ces mêmes domaines appréhendées dans de nouveaux termes. Autrement dit, les médecins ont créé une demande pour générer de nouveaux marchés pour leurs services. Mais ils ont ainsi répondu à un marché créé par des groupes de femmes.*" (Kohler-Riessman, 2005, 60).

Les processus de médicalisation peuvent se révéler à double tranchant. Ils peuvent apporter une légitimité nouvelle à des revendications non reconnues socialement, et certaines perspectives défendues par des femmes peuvent trouver plus de soutiens dans une perspective médicale qu'en dehors d'elle. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit pour la contraception en France, où le débat a reconfiguré les méthodes contraceptives comme permettant de préserver la santé des femmes en limitant le nombre de leurs grossesses et en les éloignant du danger de l'avortement (Pavard, 2012b). Mais médicaliser un phénomène signifie accepter le contrôle médical sur sa gestion, contrôle émanant d'un milieu marqué par une appréhension genrée, voire sexiste, des corps et des individus. À ce titre, le contrôle médical de la contraception

peut aussi être compris comme un rempart posé par les représentant.e.s politiques à la liberté sexuelle des individus, et particulièrement des femmes. Les termes de la médicalisation, et notamment le coût de la contraception et ses conditions d'accès telles que définies par la loi, sont ainsi un bon indicateur de l'autonomie corporelle accordée aux femmes dans une société. La médicalisation de la contraception représente un exemple paradigmatique des fonctions de contrôle social que comportent ces processus, et de leur spécificité lorsqu'ils concernent des phénomènes ou des activités considérées comme féminines.

Le contrôle des naissances est ainsi un objet central et ambigu des recherches et théorisations sur le contrôle des populations. Les technologies contraceptives ont été analysées à la fois en tant que technologies émancipatrices au niveau individuel, et comme technologies s'inscrivant dans le contrôle corporel des populations au niveau collectif. Dans son analyse du dispositif intra-utérin, Chikako Takeshita reprend les concepts développés par Michel Foucault : la contraception est un objet qui permet de saisir les processus du biopouvoir aux niveaux individuel et collectif, à la fois en termes de surveillance du corps individuel et de gestion de la population dans son ensemble (Takeshita, 2012, 21). Au niveau collectif, elle rejoint les analyses en termes de pouvoirs des politiques de contrôle de naissance développées dans les pays du Sud. Les tests contraceptifs en Amérique du Sud, ou encore les campagnes de stérilisation et d'implantation de DIU massives et coercitives en Asie, s'inscrivent dans une volonté de maîtrise populationnelle de pays appréhendés comme démographiquement menaçants. Au niveau individuel, ce sont les modalités pratiques et culturelles d'accès à la contraception qui sont interprétées comme s'inscrivant dans un cadre général de contrôle des populations. Cette ambiguïté inhérentes aux méthodes contraceptives est exprimée en ces termes par Adèle Clarke : *"Les contraceptifs sont ce que Foucault a nommé des « technologies disciplinaires », faisant partie de la « socialisation de comportement reproductif » qui peut discipliner ce comportement de multiples façons. Mais les méthodes de contraception peuvent simultanément être des moyens de libération, offrant des stratégies de résistance contre les disciplines du genre, de la race, de la classe et de la position dans le monde."* (Clarke, 1998, 205).

Interdire l'accès à la contraception, c'est interdire la régulation de la fécondité, avec des conséquences très importantes pour la vie des femmes, soumises à la maternité comme destin, et les risques sanitaires que cela implique. C'est aussi permettre la récupération politique de la maternité biologique pour construire une maternité sociale obligatoire et justifier les inégalités entre individus en fonction du sexe. Mais les technologies contraceptives peuvent par ailleurs représenter des risques pour la santé des usagères, et des atteintes aux libertés et à l'intégrité

corporelle des individus si elles ne sont pas abordées comme les instruments d'un choix individuel, mais d'une politique de gestion des populations. Techniques nécessaires au niveau individuel mais potentiellement dangereuses au niveau collectif, la compréhension des usages contraceptifs implique donc de s'intéresser à la manière dont ils sont administrés et selon quelles logiques. Lorsque la contraception est autorisée, les technologies mises à disposition et la manière dont elles sont rendues accessibles délimitent le champ des possibles pour les usager.e.s. C'est pourquoi il apparaît essentiel de prendre en compte les modalités de médicalisation de la contraception, et la structure de l'offre contraceptive, c'est-à-dire les méthodes mises à disposition et sous quelles conditions, pour comprendre les usages en matière de régulation de la fécondité. Cela implique de s'intéresser de près aux prescripteur/rices. C'est parce qu'elle est médicalisée que la contraception ne peut être analysée sociologiquement et épidémiologiquement sans s'attacher aux pratiques et représentations de celles et ceux qui en gardent l'accès.

Le basculement de la contraception dans le champ médical n'est donc pas neutre puisqu'il accorde un nouveau rôle primordial aux professionnel.le.s de santé dans la mise à disposition des moyens de contrôle de la fécondité, alors même que les médecins s'y sont initialement opposé.e.s, et que le regard médical sur les corps des femmes, principalement ciblés par les nouvelles technologies contraceptives mises sur le marché, est fortement influencé par des représentations de genre et des enjeux de contrôle social. La médicalisation de la contraception induit la mise en place d'une interaction médicale comme préalable à l'accès à la contraception, interaction qui implique un rapport de pouvoir asymétrique entre usager.e.s et prescripteur/ric.e.s porteur de ces représentations et enjeux de genre.

2. Les rapports de pouvoir dans l'interaction médicale

Les processus de médicalisation de phénomènes ou de pratiques sociales traduisent l'extension de la légitimité de l'appréhension médicale des problèmes à l'échelle d'une société. L'étendue de ces processus reflète une force particulière de la médecine comme profession et de ses représentations, et plus généralement du raisonnement médical comme norme sociale et politique. La médicalisation est ainsi "*une transformation culturelle et non simplement une conquête professionnelle*", qui repose notamment sur la force d'un "*argumentaire universaliste [...] à savoir le bénéfice qu'elle a pour la santé de la population*" (Fassin, 1998, 5-6). Cette légitimité sociale de la médecine a des conséquences concrètes en termes de pouvoir des professionnel.le.s de la médecine. Au-delà de la force de la pensée

médicale aux niveaux politique et institutionnel, avec la reconnaissance accrue dont bénéficie l'expertise médicale, l'influence normative de cette profession se joue avant tout dans l'exercice de l'activité clinique et dans l'interaction entre usager.e et soignant.e au cours de la consultation.

a. L'asymétrie de l'interaction médicale : du paternalisme médical au partenariat ?

L'interaction médicale a beaucoup été analysée en termes de rapports de pouvoir plus ou moins consensuels et plus ou moins figés (Parsons, 1991 ; Szasz et Hollender, 1956 ; Freidson, 1984 ; Corbin et Strauss, 1985 ; Emanuel et Emanuel, 1992). Elle contient par définition un déséquilibre entre un.e professionnel.le en possession d'un savoir et un.e usager.e en demande de soins. Le pouvoir des médecins est variable, en fonction notamment de la reconnaissance officielle et du monopole dont bénéficie leur profession, mais également de leur besoin de fidéliser une clientèle (Rosman, 2010). Il n'en demeure pas moins que la consultation médicale est une négociation autour de la résolution d'un problème posé par l'usager.e (souffrance physique, dysfonctionnement ou besoin de prescription dans le cas de la contraception) dans laquelle celles et ceux qui détiennent le savoir et le droit de prescrire sont en position de force.

Du fait du déséquilibre de savoirs entre praticien.ne.s et usager.e.s, la tradition médicale a longtemps été marquée par une attitude paternaliste, qui consacrait la capacité des clinicien.ne.s à déterminer les conditions du bien-être de leurs patient.e.s²⁶, et l'incapacité des usager.e.s à prendre des décisions rationnelles. Cette perception d'une incapacité des usager.e.s est par exemple sensible dans la prise de position de Louis Portes, premier président du Conseil National de l'Ordre des Médecins et figure importante de la profession médicale française en 1950 : *"Au sens exact du terme, [le patient] ne voit plus clair en lui-même, car entre lui-même observant son mal et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité et parfois même une obscurité totale ; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant."* (Jaunait, 2003, 62). Selon cette conception paternaliste, il revient aux médecins non seulement de poser un diagnostic en fonction des symptômes jugés pertinents et des catégories connues, mais également de délivrer aux patient.e.s seule l'information qu'ils et elles jugent utile sur leur état.

²⁶ Le terme de "patient" a été critiqué pour la dimension hiérarchique qu'il évoque de la relation entre les soignant.e.s et les individus qui recourent à leur expertise (Coulter, 2002 ; Lascoumes, 2003). Nous utilisons généralement la notion d'usager.e.s, pour des raisons qui sont explicitées au sein du chapitre 3, mais employons parfois le terme de "patient", notamment en référence au propos d'auteur.e.s qui l'emploient.

Les travaux en sociologie de la médecine situent les premières évolutions de la relation thérapeutique et de la prise en compte des droits des usager.e.s dans les années 1970. C'est tout d'abord la modification du paysage médical, avec la généralisation du suivi de maladies chroniques, qui donne une place différente aux patient.e.s. En effet, contrairement aux maladies aiguës, les personnes concernées par des maladies chroniques ne peuvent espérer de guérison mais entretiennent des liens étroits avec l'institution médicale tout au long de leur vie. Ces maladies au temps long produisent des patient.e.s expert.e.s de leur maladie, et ce notamment dans un contexte de développement des sources d'informations sur la santé et la médecine, en partie *via* internet, et d'une élévation du niveau global d'éducation (Freidson, 1984). Les mobilisations pour les droits des patient.e.s prennent une nouvelle dimension dans le contexte de l'épidémie de VIH-SIDA à partir des années 1980. Les associations et groupes d'usager.e.s défendent alors une plus grande transparence et un rôle actif pour les patient.e.s dans la décision et la gestion de leur maladie, selon le concept du "malade actif" défendu par Daniel Defert, président de l'association AIDES. Il s'agit de pouvoir avoir accès aux informations sur la maladie mais aussi de pouvoir prendre part aux recherches thérapeutiques, et ces revendications modifient la relation thérapeutique (Dodier et Barbot, 2000). Les processus d'élaboration de la connaissance se trouvent également transformés avec une plus grande intervention des profanes, c'est-à-dire des personnes n'appartenant pas à la profession médicale (Epstein, 1996), et une nouvelle implication des usager.e.s dans la gouvernance des systèmes publics de santé, théorisée par le concept de "démocratie sanitaire", se développe dans les pays ayant mis en place ce type de système de soins (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001).

Ces mobilisations ont fortement contribué à la redéfinition des droits des usager.e.s, et ont nourri un contexte de modernisation des politiques publiques vers une plus grande démocratie sanitaire.

Cependant, malgré ces évolutions, on constate plutôt la coexistence de modèles paternaliste et collaboratif, et la permanence de rapports de pouvoirs au sein de la consultation médicale, du fait de la persistance du déséquilibre de connaissances et de besoin entre praticien.ne.s et usager.e.s, et d'un statut professionnel médical particulièrement valorisé socialement.

b. Les rapports de pouvoir au sein de la consultation

Si ces évolutions ont modifié partiellement le rapport de pouvoir entre médecins et usager.e.s, la dimension symbolique de la domination médicale persiste, comme le montre par

exemple l'utilisation différentielle du mensonge au sein de la relation thérapeutique (Fainzang, 2005). L'anthropologue Sylvie Fainzang observe des pratiques de dissimulation d'un diagnostic ou de la possibilité d'un traitement alternatif, voire de transformation des informations par les praticien.ne.s. Les patient.e.s dissimulent à leur tour leur non-observance des traitements prescrits ou leur utilisation de thérapeutiques alternatives. Ces différentes formes de recours au mensonge illustrent le maintien de, et renforcent, l'asymétrie de pouvoir qui caractérise la relation soignant.e-soigné.e. Les mensonges des patient.e.s visent à éviter les reproches ou la vexation des médecins, et traduisent leur sentiment d'illégitimité à affirmer leurs besoins ou préférences dans la relation de soin. Les mensonges des praticien.ne.s relèvent eux de stratégies de gestion de l'information, ce que Fainzang relie à la protection de leur position privilégiée, dans la mesure où le partage de la connaissance relève d'un partage de pouvoir (Roqueplo, 1974). La persistance de cette asymétrie de comportements s'oppose pour les usager.e.s à l'exercice de leur liberté de choix, et pour les médecins à l'obtention du consentement éclairé de leurs patient.e.s, alors que ce sont des principes légitimés par le droit et censés concourir à un objectif commun : la meilleure santé de tou.te.s.

Si l'inscription de ces principes dans le droit et la déontologie médicale dans les années 2000 n'a pas modifié fondamentalement les rapports de pouvoir entre médecins et usager.e.s, c'est notamment parce que les situations de domination au sein de la consultation médicale sont souvent d'ordre symbolique. Même si le statut des usager.e.s évolue, la relation thérapeutique est caractérisée par une asymétrie de savoirs et de besoins et par des rapports de domination inscrits dans des dynamiques sociales plus larges. Luc Boltanski évoque ainsi la capacité socialement différenciée des usager.e.s d'opposer leurs propres représentations et ressentis du corps au langage professionnel médical : *"l'asymétrie de la relation malade médecin dans laquelle un des partenaires, le médecin, possède l'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit de manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore, croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au médecin, c'est-à-dire essentiellement la force du discours que le malade est en mesure d'opposer au « discours fort » du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale."* (Boltanski, 1971, 214). Le niveau d'éducation des individus appartenant aux classes supérieures et leur proximité sociologique avec la profession médicale les rend capables de mobiliser les termes et représentations légitimes du point de vue des professionnel.le.s et de négocier la prise en compte de leurs symptômes. Au contraire, les rapports au corps dominants au sein des classes populaires ne

permettent une expression du ressenti corporel qu'en termes jugés archaïques par les médecins. Le rapport soignant.e-soigné.e s'organise différemment en fonction de l'origine sociale de ces dernier.e.s, la légitimité de la parole des usager.e.s dépendant de leur capacité à adopter les codes de conduite et de perception de la profession médicale.

Le pouvoir et la normativité médicales se déploient et se construisent donc dans l'interaction de la consultation. Les phénomènes de médicalisation traduisent l'importance grandissante de la médecine et de la pensée médicale au sein des sociétés, et notamment la place qui leur est accordée dans les instances politiques. Mais la force des normes médicales est avant tout liée à l'interaction entre médecins et usager.e.s du système de soins, longtemps marquée par un paternalisme consacré par le droit médical, et aujourd'hui encore traversée de tensions et de rapports de domination qui renvoient aux hiérarchies sociales existantes. La consultation contraceptive s'inscrit également dans ce rapport asymétrique entre parole professionnelle et parole profane, entre membre d'une classe sociale supérieure et usager.e.s d'une origine sociale possiblement différente. Une femme qui consulte peut ainsi être considérée comme compétente, comme partenaire de dialogue, ou comme incapable de prendre une décision seule. L'origine sociale et ethnique des usagères influence la relation médicale, et éventuellement la prescription (Bretin, 2004). L'interaction est également traversée par les rapports de genre, le sexe des praticien.ne.s pouvant jouer un rôle dans la consultation, en lien avec, ou indépendamment, du sexe des usager.e.s (Zaharias, Piterman et Liddell, 2004 ; Henderson et Weisman, 2011).

c. Les médecins comme "gatekeepers" du domaine contraceptif

La médicalisation de la contraception et le conditionnement de son accès à une prescription médicale, donnent aux médecins un rôle primordial dans les pratiques contraceptives. Ce rôle peut être analysé à partir du concept de *gatekeeper*, développé par le psychosociologue Kurt Lewin en 1943 afin de désigner les personnes constituant des passages obligés (littéralement, des "portiers") pour la circulation de biens ou d'information (Lewin, 1943). Dans un contexte de médicalisation de la contraception, l'accès aux méthodes contraceptives, qu'elles nécessitent un geste médical ou non, est réglementé, et conditionné pour la plupart d'entre elles à la prescription d'un.e médecin. La consultation est un espace d'interaction, dans laquelle les médecins détiennent l'information et le pouvoir de délivrer ou non un produit considéré comme médical. Or, les représentations professionnelles et personnelles des prescripteur/rice.s délimitent le cadre des possibilités qu'elles et ils présentent aux usager.e.s en demande de contraception. Le niveau de formation, les traditions

institutionnelles, mais aussi les représentations personnelles que les médecins ont des différentes méthodes de contraception et des usager.e.s sont autant de facteurs susceptibles d'influencer les informations mises à disposition des usager.e.s. L'exemple français des dispositifs intra-utérins montre qu'il est difficile pour une femme n'ayant pas eu d'enfant d'accéder à cette méthode (Moreau, Bohet, Hassoun, Ringa, *et al.*, 2014). La sociologue Hélène Bretin a par ailleurs montré que le panel de contraceptifs proposé peut varier en fonction de l'origine ethnique des usagères (Bretin, 2004). La manière dont les praticien.ne.s recommandent ou déconseillent une méthode en particulier peut influencer le choix contraceptif et transmettre des normes d'usage : une enquête menée dans plusieurs pays européens a permis de montrer que les contraceptions utilisées étaient proposées par les praticien.ne.s plutôt que choisies par les femmes (de Irala, Osorio, Carlos et Lopez-del Burgo, 2011). L'influence des recommandations et préférences des professionnel.le.s est d'autant plus forte que la relation thérapeutique est hiérarchisée, et que les médecins sont considéré.e.s comme des expert.e.s de la contraception. Du fait de leurs prérogatives de prescription, les médecins sont en mesure de refuser l'accès à un contraceptif demandé par un.e usager.e. si cette demande contrevient à leurs croyances, préférences ou représentations, même en l'absence de contre-indications scientifiquement établies. Ces différents éléments soulignent la nécessité de resituer le choix contraceptif effectué par les usager.e.s dans le cadre des normes contraceptives promues par les prescripteur/rice.s. S'intéresser aux praticien.ne.s revient donc à s'intéresser aux *gatekeepers*, aux professionnel.le.s qui gardent l'accès à la contraception, et délimitent par leurs actes et leurs discours, le champ des possibles en matière contraceptive.

La médicalisation de la contraception s'inscrit donc dans un mouvement généralisé de recomposition des usages et des représentations autour de normes médicales dans les sociétés occidentales. Elle correspond à une réinterprétation des pratiques de régulation de la fécondité en termes médicaux, impulsée par un compromis social réunissant des logiques professionnelles, politiques et profanes, qui ont trouvé à travers l'appréhension médicale de cet objet, une voie de consensus. Pour comprendre les usages sociaux de la contraception, il apparaît donc essentiel de s'intéresser aux modalités de cette médicalisation selon les contextes nationaux, et aux représentations et idéologies qui sous-tendent cette nouvelle appréhension.

Dès lors que la contraception est perçue comme un enjeu médical, les pratiques qui lui sont liées se déploient dans un nouvel espace délimité par les termes de la médicalisation, les

prescriptions et interdictions contenues dans le compromis social trouvé autour de son usage et les normes médicales produites autour de ce nouveau domaine médical. Mais ce nouvel espace émerge dans un espace de pratiques médicales déjà structuré, en lien avec une histoire institutionnelle longue. La prescription obligatoire a en effet pour conséquence que les pratiques contraceptives sont désormais régies par des médecins, dont les représentations et pratiques sont à analyser individuellement, mais se déploient au sein d'une profession institutionnalisée et structurée. Une sociologie de l'institution permet alors d'appréhender les normes et les mécanismes de fonctionnement des institutions médicales nouvellement responsables de l'administration des usages contraceptifs, afin de resituer la contraception, ses représentations et ses pratiques, dans le nouveau cadre normatif dans lequel elle s'insère. En d'autres termes, dès lors qu'elle bascule dans le champ de compétences de la médecine, la contraception ne peut être analysée finement sans une étude approfondie des systèmes médicaux au sein desquels elle est administrée et contrôlée.

II. Cultures institutionnelles et environnements politiques : resituer les pratiques médicales dans leurs contextes nationaux

La sociologie s'intéresse à l'institution comme phénomène social et politique. Les différents travaux qui se réclament de la sociologie institutionnelle cherchent à caractériser et comprendre des phénomènes collectifs plus ou moins stabilisés, les conditions de ces stabilisations et transformations, mais aussi le lien entre ces phénomènes collectifs et les comportements individuels (Lagroye et Offerlé, 2010). S'il est difficile de définir précisément ce qu'est une institution, elle peut être abordée comme "*un ensemble de pratiques, de tâches particulières, de rites et de règles de conduite entre des personnes. Mais une institution est aussi l'ensemble des croyances, ou des représentations, qui concernent ces pratiques, qui définissent leur signification et qui tendent à justifier leur existence.*" (Lagroye, François et Sawicki, 2006, 141) Il s'agit donc à la fois d'étudier les pratiques, mais aussi leur inscription dans un cadre symbolique, souvent propre à l'institution.

L'analyse des pratiques médicales nécessite d'aborder les contextes institutionnels dans lesquels elles se déroulent. Le fonctionnement de l'institution médicale, les règles et représentations en vigueur, la structure de l'organisation et des hiérarchies internes, sont autant d'éléments qui déterminent le cadre d'exercice de la médecine, et donc les pratiques que nous voulons étudier.

Caractériser une institution, c'est s'intéresser à son histoire, et aux négociations et choix politiques qui ont entouré sa naissance et ses réformes successives. C'est aussi s'intéresser à

l'organisation concrète de son fonctionnement, la répartition des rôles, son mode de recrutement, les mécanismes de contrôle et de sanction prévus au sein du système, et les latitudes laissées à ses membres. C'est s'intéresser, enfin, à la culture institutionnelle, ensemble de représentations, de manières de faire et de catégories de pensées, qui délimite le cadre des actions et de leurs justifications, et influence aussi les relations avec l'extérieur.

L'analyse de l'institution médicale est par ailleurs complexifiée par son inscription, dans les pays européens, au sein de systèmes de santé nationaux, qui visent souvent l'universalité de l'assurance maladie. Les liens entre institution et État se voient renforcés par ce partenariat et l'étude de ces liens, ainsi que du contexte historique dans lequel les États Providence se sont liés financièrement avec la médecine, apparaît primordiale pour caractériser l'autonomie et l'organisation actuelles de la pratique médicale.

1. Les prescripteur/rice.s comme acteurs au sein de l'institution

Les comportements des acteur/rices se déploient au sein des institutions dont elles et ils sont membres. L'institution agit sur la sélection à l'entrée, la formation des agent.e.s, et encourage de manière plus ou moins coercitive l'adoption de comportements prescrits par la culture institutionnelle. Les pratiques professionnelles sont donc sous influence du cadre institutionnel, avec cependant des marges de manœuvre persistantes. L'autonomie des acteur/rices au sein de l'institution dépend du degré d'encadrement des pratiques qui se traduit par la formation, la prescription de normes et les mécanismes de contrôle et de sanction (symbolique ou réelle) déployés par l'institution. Pour comprendre les pratiques professionnelles médicales actuelles, il faut donc s'attacher à caractériser les cultures des institutions médicales auxquelles les acteur/rices appartiennent et le degré d'autonomie dont elles et ils bénéficient.

a. La force de la culture institutionnelle

Le concept de culture institutionnelle a été défini par Mary Douglas comme une "*collection publiquement partagée de principes et de valeurs utilisés à chaque moment pour justifier les conduites*" (Douglas, 1986b, 67). Elle constitue la dimension symbolique de l'institution, mais en relation très forte avec l'action, en lui donnant du sens, et du fait de son contenu prescriptif par rapport à des modes d'agir et des comportements associés à l'institution. Ainsi, "*chaque culture institutionnelle définit ce qui est pensable/dicible et ce qui ne l'est pas. Ces mythes constituent les "vérités" de l'institution : ils fonctionnent, au sens foucauldien, comme des valeurs universalisables que des techniques, procédures et sanctions cherchent à faire advenir.*" (Biland, 2010, 178).

En matière médicale, la culture institutionnelle définit des principes de pensée et d'action relatifs aux soins. Elle s'appuie sur le savoir clinique, transmis au sein des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires, qui inculque aux médecins des habitudes d'examen, de diagnostic et de réponses thérapeutiques, qui peuvent différer selon les pays (Pilotto, Duncan et Anderson-Wurf, 2007), en fonction de la manière d'appréhender le risque sanitaire et les réponses thérapeutiques appropriées (Broom, Broom et Kirby, 2014). Mais la culture médicale ne se limite pas à la clinique : cet ensemble de principes reflète une conception du soin variable selon les pays et les périodes historiques (Nivelon-Chevallier, 2012), qui renseigne les attitudes professionnelles vis-à-vis des patient.e.s, des symptômes et des manières de les prendre en compte. La culture institutionnelle présuppose des rapports situés au savoir, avec par exemple la valorisation de la médecine par la preuve ou au contraire celle de l'expérience clinique individuelle (Jorm et Kam, 2004). Les statuts respectifs des usager.e.s des systèmes de santé et des professionnel.le.s sont également instruits par la manière dont cette interaction est appréhendée traditionnellement au sein d'une profession médicale donnée, avec selon les périodes et les pays, un degré variable de paternalisme ou au contraire de valorisation du consentement et des choix des usager.e.s (Jaunait, 2003). La culture de l'institution médicale est également marquée par des préférences organisationnelles (McDonald, 2009) : la profession médicale française est traditionnellement attachée à la médecine libérale et aux principes qui en découlent, comme celui du paiement direct ou encore du colloque singulier, et cet attachement s'appuie sur la conviction qu'il s'agit de la meilleure manière de prendre en charge les patient.e.s (Tabuteau, 2010b ; Dormont, 2013). Les modalités de collaboration entre professions soignantes font partie de ces préférences organisationnelles (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2008) et reflètent les différents statuts accordés aux professions de médecin, d'infirmier.e ou de sage-femme selon des conceptions institutionnellement situées. Enfin la culture médicale s'inscrit dans une histoire des relations avec des acteur.rices profanes de la santé, comme l'État, les mutuelles, les autorités sanitaires ou encore les associations de patient.e.s, et est porteuse d'une définition collective des modalités de relations avec l'extérieur. La démarcation entre professionnel.le.s et profanes et les degrés variables de légitimité accordés à ces deux groupes (Freidson, 1984) sont ainsi des composantes de l'identité professionnelle défendue par les médecins dans chaque pays.

Les représentations du soin et de l'activité médicale, géographiquement et historiquement situées, ont un impact sur la manière dont la prescription contraceptive est abordée, dès lors qu'elle est perçue comme une prérogative médicale. En fonction des représentations majoritaires au sein d'une culture médicale donnée, des normes d'interaction avec les

usager.e.s, la consultation contraceptive est envisagée de manière plus ou moins dirigiste. De même, la culture médicale influence l'appréhension des différentes méthodes, une conception du soin focalisée sur la prescription de médicaments (Rosman, 2010) étant par exemple susceptible de favoriser la pilule contraceptive par rapport à des méthodes mécaniques. Plus largement, l'appréhension de la légitimité du recours à la contraception peut varier selon les représentations majoritaires au sein de l'institution médicale : nous verrons par exemple que les attitudes des praticien.ne.s britanniques et français.es vis-à-vis de l'avortement diffèrent profondément et s'inscrivent dans le prolongement de prises de position institutionnelles historiques vis-à-vis de cet acte médical²⁷.

La culture d'une institution comprend ainsi une composante identitaire, qui se réfère notamment à l'histoire de l'institution et rend la perpétuation des rites nécessaire à sa pérennité, mais qui exige aussi de ses membres d'incorporer les valeurs et les modes d'agir qui lui correspondent, c'est-à-dire d'adopter la culture de l'institution qu'elles et ils rejoignent. Cette conformation des agent.e.s à la culture institutionnelle et aux modes d'agir qui lui sont propres, garantit leur participation efficace aux actions de l'institution, et sa cohérence du point de vue du sens donné à ces actions.

b. La socialisation institutionnelle

L'incorporation de la culture institutionnelle passe par l'apprentissage de ses normes de fonctionnement et de ses valeurs, dès l'entrée dans l'institution d'un.e nouveau/elle membre, mais aussi au quotidien à travers les interactions entretenues avec d'autres membres et avec l'extérieur. Il s'agit donc d'un processus continu de socialisation, qui s'appuie sur des règles et des routines formelles, comme l'exercice de la note dans les administrations publiques, et sur les interactions avec les pairs et les supérieurs hiérarchiques, "*agents formels ou informels d'acculturation*" (Biland, 2010, 183) qui donnent l'exemple, commentent, encouragent ou sanctionnent. Cette dimension socialisante est d'autant plus forte lorsque l'entrée dans l'institution s'accompagne d'une formation spécifique, comme c'est le cas pour la médecine.

La formation médicale constitue un moment de socialisation très forte. Du fait de sa longueur et de sa sélectivité, ainsi que de l'investissement intellectuel et temporel qu'elle requiert, elle crée de fait un groupe professionnel distinct des autres groupes dans la société. Elle consiste en une transmission de savoirs théoriques et pratiques sur le corps humain et les maladies qui l'affectent, et les recours élaborés par la science médicale. Mais c'est aussi un

²⁷ Cf. Chapitre 5 Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : les exemples de l'avortement et de la stérilisation

espace de transmission de représentations sociales et de catégories de pensée, qui caractérisent notamment la façon dont le métier de médecin et la relation thérapeutique sont conçues, mais aussi l'appréhension de la société dans son ensemble. Un certain nombre d'analyses (Hafferty et Franks, 1994 ; Hafferty, 1998 ; Lempp et Seale, 2004) de la socialisation médicale mobilisent ainsi le concept de "*hidden curriculum*" ou "*programme d'études caché, fondé sur les coutumes et rituels, et qui s'appuie sur ce qui est «connu», «évident», «naturel», ainsi que sur les facteurs structureaux et organisationnels qui imposent un cadre de vie et de fonctionnement.*" (Galam, 2014, 359). Devenir médecin, c'est apprendre à penser et agir comme un.e médecin, en toute circonstance. L'analyse de Dominique Memmi sur la communauté scientifique peut être appliquée à la communauté médicale : "*La communauté scientifique – comme toute communauté, ainsi que nous l'enseigne Durkheim – secrète des valeurs qui s'ancrent dans des pratiques, et dressent des totems, des interdits, signes et repères de son identité et de ce qui lie ses membres entre eux. Est de la tribu, [...] celui qui en a intégré les valeurs, en a assimilé les interdits, celui qui ne touche pas aux animaux ou aux plantes-tabous.*" (Memmi, 1996, 67). Les aspects pratiques de la formation sont parfois transmis à travers des rapports "disciple-maître" qui induisent une transmission de savoirs mais aussi de valeurs : "*la formation de maître à élève est le moment privilégié où s'exerce le contrôle professionnel par l'inculcation, non seulement des gestes techniques, mais aussi (...) d'identité morale.*" (Jaisson, 2002, 45). À ce titre, l'auteure considère que "*les études constituent un moment essentiel de reproduction du milieu médical*" (Jaisson, 2002, 45).

Par la suite, la force prescriptive de l'institution médicale se déploie par d'autres canaux de transmission. La pratique médicale est généralement encadrée par des principes déontologiques dont le respect fait l'objet d'une surveillance variable, mais qui peut fortement infléchir les comportements professionnels (Maisonneuve *et al.*, 2009). Selon les pays, l'activité médicale s'organise selon des principes plus ou moins collectifs (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009), ce qui peut induire des formes de surveillance entre pairs et d'alignement des conduites. Les traditions médicales nationales peuvent également impliquer une influence du public consommateur de soins. Sophia Rosman a ainsi montré que la place centrale de la prescription médicamenteuse dans la culture médicale française se manifeste par des demandes d'usager.e.s auxquelles les médecins sont incité.e.s à répondre afin de pérenniser leurs patientèles (Rosman, 2010).

L'action socialisatrice de l'institution peut être analysée comme une contrainte pesant sur ses membres, dans l'encadrement de leurs manières d'agir et de penser. Mais l'acculturation

est aussi habilitation, en ce que l'acquisition des normes culturelles permet de formaliser l'appartenance institutionnelle des individus et de leur accorder la légitimité de ce rattachement dans leurs actes. C'est en se comportant comme ses supérieur.e.s ou ses pairs que l'individu nouvellement entré.e dans l'institution va progressivement s'en sentir membre légitime et représentant.e vis-à-vis de l'extérieur. Le rôle institutionnel, défini comme l'"ensemble des comportements, des attitudes et des discours liés à l'occupation d'une position institutionnelle" (Lefebvre, 2010, 220) peut ainsi constituer une ressource, un répertoire d'actions et de pensées qui permet de réduire l'incertitude dans l'interaction et d'affirmer son statut par la conformité aux codes institutionnels. Les gestes, le vocabulaire médical, la gestion de la relation thérapeutique, sont autant de codes institutionnels qui permettent à un.e médecin d'être perçu.e comme tel.le par les usager.e.s et par ses pairs.

Cette incorporation de la culture institutionnelle s'accompagne parfois d'un attachement affectif à l'institution et aux valeurs qu'elle représente, le fait d'en être membre devenant alors partie intégrante de l'identité sociale des individus et source de fierté. Pour Mary Douglas, l'institution fournit à ses membres des catégories de pensée pour appréhender le monde, et même une mémoire, en réécrivant l'histoire collective à la lumière de l'expérience institutionnelle (Douglas, 1986a).

L'appartenance à l'institution médicale a donc une influence importante sur les attitudes et représentations des médecins, concernant leur profession, leurs savoir-faire et savoir-être, et les interactions avec les usager.e.s. Si l'on considère le rôle des médecins dans la structuration des pratiques contraceptives des usager.e.s, la prise en compte des spécificités nationales des cultures institutionnelles peut contribuer à éclairer les représentations dominantes en matière de régulation de la fécondité, mais aussi les attitudes vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques ou encore vis-à-vis des préférences exprimées par les usager.e.s.

La culture institutionnelle médicale ne fonctionne cependant pas de manière autonome. Elle s'inscrit dans des contextes politiques nationaux, qui d'une part ont un impact sur l'organisation institutionnelle des soins, et d'autre part, traduisent des appréhensions nationales des enjeux de la contraception comme pratique médicalisée, qui contribuent à délimiter le champ des possibles pour les professionnel.le.s comme pour les usager.e.s.

2. La profession médicale face à l'État

Comme l'a montré Eliot Freidson, l'exercice de la médecine tel qu'il est organisé dans nos sociétés occidentales se fonde sur l'attribution d'un monopole par l'État, souvent à l'issue de luttes politiques, qui donne ainsi un statut supérieur aux soins pratiqués par la profession

médicale et la protège de la concurrence en disqualifiant les autres pratiques (Freidson, 1984). C'est donc l'État, à travers des décisions législatives, qui trace la frontière entre pratiques professionnelles et profanes. Les modalités de ce monopole évoluent au gré des négociations, dont l'issue est influencée par les forces en présence, du gouvernement aux instances représentatives de la profession médicale. Mais les conditions d'attribution, de maintien et d'aménagement de ce monopole déterminent pour partie les pratiques médicales dans leur organisation concrète, l'autonomie de la profession et les représentations caractérisant les pratiques de soins, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution. Le contexte politique doit donc être intégré à l'analyse de l'institution médicale, et ce d'autant plus que les institutions médicales auxquelles nous nous intéressons se déploient dans le cadre d'États Providence qui financent et encadrent les pratiques médicales, selon des modalités nationales ; et que le contrôle de la fécondité est un enjeu éminemment politique. En d'autres termes, comprendre les pratiques médicales nécessite de comprendre leur cadre institutionnel au sein d'un État et d'un système de santé national.

a. Les relations entre l'État et la profession médicale : des partenariats nationaux spécifiques

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'Angleterre et la France ont mis en place des systèmes nationaux de prise en charge du coût des soins, afin de permettre un meilleur accès de la population à la santé. Dans le cadre de ces États Providence, la collaboration entre les autorités publiques et la profession médicale s'est intensifiée, notamment afin de définir les modalités du partenariat financier impliqué par ces nouveaux systèmes de soins nationaux. Ces partenariats ont pris des formes très différentes d'un pays à l'autre, en fonction des relations politiques entre l'État et les médecins, qui dépendent en partie de la manière dont le monopole d'exercice a été accordé à la profession, mais se recomposent aussi au fur et à mesure des négociations. La force politique de la profession médicale, qui s'appuie par exemple sur sa représentation syndicale ou sa présence dans les sphères décisionnelles, font varier sa capacité d'influence sur les décisions publiques en matière de santé. Chaque pays a ainsi développé un système de prise en charge dépendant d'une part, du positionnement de la profession médicale vis-à-vis des projets politiques débattus, et d'autre part, de la capacité de négociation des autorités publiques. La légitimité des décideur/ses et du projet de système sanitaire joue également un rôle dans ces négociations politiques. Les projets développés en Angleterre et en France se différencient par leur portée, la sécurité sociale française ayant pour objectif la protection contre une diversité de risques, de la maladie à la perte d'emploi,

quand le National Health Service (NHS) se focalise sur la santé, et par leurs ambitions, les degrés de prise en charge étant variables d'un pays à l'autre. Mais ils bénéficient également d'une légitimité différente : le projet de service national de santé britannique était soutenu par un consensus national, laissant peu de marge de négociations aux médecins, qui par ailleurs adhéraient en grande partie au principe d'une nationalisation de la médecine. En France, les projets d'assurance sociale élaborés à partir des années 1930 se sont heurtés à l'opposition de la profession médicale, mais aussi à l'absence de consensus au sein des chambres parlementaires, ce qui a fragilisé la posture des décideur/ses politiques cherchant à mettre en place ce type de système (Hassenteufel, 1997).

Les autorités publiques doivent également négocier avec des médecins qui ont des cultures institutionnelles propres, et des représentations nationalement différenciées de leur profession. Nous verrons que l'identité professionnelle des médecins français.es s'est construite sur une adhésion au principe de la médecine libérale, et un rejet de la collaboration avec les autorités publiques (Tabuteau, 2010b), des circonstances qui rendent le partenariat public difficile. En Angleterre, les organisations professionnelles médicales avaient elles-mêmes élaboré des projets de nationalisation de la médecine, la question de la rémunération publique n'étant pas perçue comme contraire aux principes éthiques et commerciaux de la médecine (Digby et Bosanquet, 1988 ; Ham, 2004). Ces différents éléments de politique nationale rendent les conditions de mise en place de systèmes nationaux de santé très différentes d'un pays à l'autre, ce qui a pour conséquence des modalités de collaboration entre l'État et la profession médicale, et de prise en charge des soins pour les usager.e.s très contrastées de part et d'autre de la Manche : le NHS s'organise comme un service public de santé quand le système français préserve l'autonomie de la profession, au sens donné à ce concept par Eliott Freidson (Freidson, 1984).

La mise en place de système nationaux de santé donne lieu à une co-construction du cadre institutionnel dans lequel les médecins évoluent, la puissance publique, et ses représentations de la médecine, jouant désormais un rôle dans l'organisation de l'activité médicale. Les autorités publiques sanitaires influencent ainsi les pratiques médicales en élaborant des protocoles et des procédures administratives (saisie informatique des dossiers, parcours de soins) s'appliquant aux médecins sur l'ensemble du territoire, et en légiférant sur les normes régissant la relation thérapeutique (obtention du consentement, information). Cette influence publique dépend d'une part de l'implication publique dans l'organisation et la régulation des soins, qui est fonction des modes de collaboration élaborés initialement et développés par la suite, et d'autre part, des mécanismes d'orientation de l'activité médicale à

la disposition des autorités, comme par exemple le mode de rémunération des médecins ou les modalités de contractualisation de l'activité médicale.

La nature spécifique des partenariats mis en place entre l'État et la profession médicale lors de la création des systèmes nationaux de santé entraîne une variabilité internationale de l'autonomie accordée à la profession médicale et de la capacité d'influence des autorités publiques sur la culture institutionnelle et les pratiques des agent.e.s. En Angleterre, la culture institutionnelle de la médecine comme service public a pour conséquence une exigence de standardisation. Les pratiques médicales sont contrôlées et doivent se conformer aux recommandations nationales, ce qui a poussé certain.e.s auteur.e.s à comparer les médecins à des *street level bureaucrats*, c'est-à-dire des agents d'application des décisions administratives (Checkland, 2004). Outre-Manche, la culture institutionnelle médicale oriente donc les pratiques professionnelles et les attentes des usager.e.s vers un haut degré de formalisation et de contrôle. À l'inverse, la défense des principes de la médecine libérale en France, et leur inscription dans le Code de la Santé Publique, reflètent une appréhension nationale du système de santé qui privilégie l'autonomie professionnelle et limite les capacités de régulation et d'orientation de l'État (Briatte, 2010).

b. L'importance des cadres législatifs nationaux

Au-delà du déploiement de l'activité médicale au sein de systèmes de financement étatiques qui impliquent des relations accrues entre la profession médicale et l'État, les pratiques médicales doivent dans chaque pays s'inscrire dans le respect des lois élaborées et votées par les représentant.e.s politiques. La spécificité de l'histoire politique de chaque pays se traduit par des cadres législatifs diversifiés d'un état à l'autre, qui influencent les pratiques médicales en délimitant leur légalité. Dans le domaine de la contraception, ces spécificités politiques nationales apparaissent particulièrement importantes, dans la mesure où il s'agit d'un champ dont la médicalisation constitue en elle-même un compromis politique spécifique à chaque contexte national. Ce sont des décisions législatives qui déterminent le cadre légal de diffusion de la contraception, en précisant par exemple qui a le droit de prescrire, délimitant ainsi un monopole prescriptif plus ou moins large, qui a des conséquences d'une part sur l'accessibilité (géographique et économique) de la consultation contraceptive, et qui nourrit d'autre part les représentations du recours contraceptif comme devant être plus ou moins facilité et/ou encadré. Ce sont également des décisions politiques qui autorisent la diffusion de telle ou telle méthode de contraception ou d'interruption de grossesse : la stérilisation n'a bénéficié d'un cadre légal qu'en 2001 en France, ce qui a eu un effet dissuasif

sur les médecins, alors qu'elle a été intégrée à l'offre contraceptive publique dès 1972 en Angleterre. À l'inverse, l'interruption médicamenteuse de grossesse a été autorisée, dans les conditions prévues par la loi, dès 1988 en France et seulement trois ans plus tard en Angleterre (Latham, 2002). La légalité des méthodes contraceptives ou abortives délimitent fortement l'éventail de recours disponible pour les médecins dans l'exercice de leur profession.

Les lois déterminent également les conditions d'accès à la contraception, par exemple en termes d'âge, avec des conditions spécifiques pour les mineur.e.s, mais aussi en termes de délais : jusqu'en 2016, les médecins français.es étaient tenu.e.s d'imposer un délai de sept jours entre la première consultation pour interruption volontaire de grossesse (IVG) et la procédure, alors que ces délais légaux obligatoires n'existent pas en Angleterre. Cet encadrement légal oriente les pratiques professionnelles qui doivent s'y conformer et implique des appréhensions nationales différentes des enjeux de contrôle de la fécondité.

Le contexte légal reflète des représentations nationales des méthodes de régulation de la fécondité, et de la légitimité sociale de ces pratiques. La culture institutionnelle médicale s'inscrit dans une culture nationale plus large, qu'elle contribue parfois à façonner, lorsque l'expertise médicale est prise en compte dans l'élaboration des lois, mais qui délimite aussi les marges de manœuvre de la profession. Si l'on souhaite comprendre les pratiques professionnelles, il semble alors primordial de resituer les représentations et comportements médicaux dans ce cadre plus large d'une culture nationale contraceptive, qui se traduit par une accessibilité variable pour les usager.e.s. Au-delà de l'influence du cadre légal sur les pratiques professionnelles, la culture nationale a des conséquences directes sur les pratiques individuelles, en déterminant par exemple le coût de l'accès à la contraception pour les usager.e.s. La prise en charge des méthodes contraceptives dépend des systèmes de santé dont bénéficient les usager.e.s, et des choix politiques concernant l'intégration partielle ou totale des contraceptifs aux dispositifs de prise en charge. Aux États-Unis, en l'absence de système universel de couverture maladie, la prise en charge des contraceptifs est à la discrétion des assurances privées et professionnelles, ce qui a un impact limitant sur la couverture contraceptive (Nearn, 2009). En France, les premières législations prévoyaient par exemple l'utilisation de carnets à souche par les pharmaciens, afin de répertorier toutes les utilisatrices de pilule (Guibert-Lantoine et Leridon, 1998 ; Chauveau, 2003), ce qui aurait conduit, si ils avaient effectivement été mis en place, à une stigmatisation de ces personnes. Les termes de la légalisation, et les conditions posées à l'accès aux méthodes contraceptives, qu'elles concernent l'âge, l'anonymat, les délais pour l'interruption volontaire de grossesse, le

parcours médical imposé ou les méthodes disponibles, sont autant d'éléments qui concourent très fortement à la structuration des pratiques de régulation de la fécondité.

Le contexte légal historique renseigne ainsi à la fois sur les marges de manœuvre des médecins, sur la culture institutionnelle entourant les enjeux contraceptifs, et sur les possibilités de choix réel des usager.e.s. La compréhension des pratiques contraceptives peut donc être enrichie par une analyse des conditions de prescription et de recommandation des méthodes contraceptives en resituant les pratiques professionnelles dans le cadre de la culture institutionnelle dont les professionnel.le.s dépendent, et dans le contexte culturel et politique de leur pays d'exercice.



Les enquêtes sur les pratiques contraceptives se sont traditionnellement focalisées sur les usager.e.s, et généralement les usagères. Les premières études qui ont interrogé les individus sur leurs pratiques anticonceptionnelles s'inscrivaient dans le champ de la démographie. Il s'agissait par exemple d'évaluer l'impact de la légalisation de la contraception sur la natalité française (Pavard, 2012b) ou alors de produire des analyses prévisionnelles, dans un contexte où les dynamiques démographiques des pays du Sud étaient perçues comme une menace pour l'équilibre planétaire alimentaire et géopolitique. Ces enquêtes se focalisent généralement sur les attitudes, connaissances et comportements relatifs à la contraception des individus (majoritairement des femmes), mais ne s'intéressent que marginalement au rôle des institutions et des professionnel.le.s déterminant l'accès aux méthodes. Le deuxième domaine scientifique qui s'est intéressé à la contraception s'inscrit dans une perspective épidémiologique. La contraception est ainsi abordée dans ses dimensions sanitaires, dans un nouveau paradigme dans lequel la gestion de la fécondité est devenue une question de santé publique. Les objectifs sont d'évaluer l'efficacité réelle des différentes méthodes disponibles, et de comprendre les usages contraceptifs et les déterminants éventuels des grossesses non prévues. Cette approche de santé publique se développe dans un contexte de médicalisation et de légitimation des pratiques contraceptives, notamment liée à cette nouvelle intervention médicale. Pourtant le rôle de l'institution délivrant les contraceptifs est absent de ces enquêtes, en dehors de certaines études prenant en compte les difficultés matérielles entravant

l'utilisation de contraceptifs (Bajos *et al.*, 2004) ou le poids de normes contraceptives (Bajos et Ferrand, 2004 ; Bajos, Moreau, Leridon et Ferrand, 2004 ; Bretin, 2004). Les pratiques contraceptives des femmes apparaissent généralement comme résultant d'un choix librement effectué parmi tout le panel des méthodes existantes, comme si ces méthodes étaient proposées dans les mêmes conditions par les praticien.ne.s, et comme si le passage par l'institution médicale ne jouait aucun rôle dans les comportements des usager.e.s. Pourtant, au-delà de la décision individuelle d'utiliser une méthode de contraception, le cadre institutionnel et l'interaction de la consultation sont des éléments essentiels du choix contraceptif. L'interaction médicale est obligatoire pour obtenir la majorité des contraceptifs, et elle se situe bien souvent en amont des choix individuels, contribuant à les former et les délimiter : les préférences individuelles ne peuvent être considérées comme indépendantes du cadre national et institutionnel de prescription contraceptive. Nous avons donc choisi d'axer notre analyse des pratiques contraceptives sur l'institution médicale, en tant que mode d'organisation de la mise à disposition des méthodes et de l'information contraceptives.

Nous avons développé une analyse comparative, mettant en parallèle les contextes institutionnels et politiques français et britanniques en matière de contraception, ainsi que les attitudes et représentations professionnelles, afin de comprendre comment l'institution médicale contribue à construire les normes et les représentations contraceptives, et notamment la répartition genrée des responsabilités contraceptives. La construction du cadre méthodologique de cette démarche est abordée dans le chapitre qui suit.

Chapitre 3 : La construction progressive du cadre méthodologique de l'analyse

À partir de l'élaboration d'un cadre théorique articulant les enjeux de genre et la prise en compte du processus de médicalisation de la contraception, l'approche que nous avons développée s'est focalisée sur l'institution médicale, dont le rôle dans la structuration des pratiques contraceptives a été jusqu'à présent relativement peu interrogé. Afin d'aborder l'influence des professionnel.le.s de santé sur le choix contraceptif, le dispositif d'enquête qui nous a paru le plus adéquat est la conduite d'entretiens avec les prescripteur/rices, pour accéder à leurs représentations et aux logiques sous-tendant leurs pratiques de recommandation et de prescription contraceptives. Cette approche a dans un premier temps été pensée pour le contexte français uniquement, notre question de recherche portant essentiellement sur le faible taux de recours à la vasectomie, et dans une moindre mesure, au préservatif, en France. Mais les premiers résultats de ce terrain nous ont amenée à redéfinir l'objet de recherche en introduisant une perspective comparative, avec un pays où les pratiques contraceptives se différencient fortement de la situation française en matière de recours aux méthodes masculines. Cette réorientation a nécessité la construction progressive d'un cadre méthodologique permettant de répondre scientifiquement aux interrogations soulevées par les premiers résultats et par cette nouvelle démarche de comparaison. Il s'agit dans ce chapitre de rendre compte du cheminement de cette recherche, en termes d'objet, mais aussi de méthodes, et de rendre accessibles au regard extérieur les choix qui ont été faits en termes de sources et de délimitations des échelles et des focales d'analyse.

I. Méthodologie de la comparaison internationale : la construction progressive d'une perspective comparative

La construction d'une recherche en sociologie est souvent abordée en termes de "bricolage" lors des restitutions produites par les sociologues (Becker, 2002 ; Waechter-Larrondo, 2005). L'adaptation aux terrains (et à leurs éventuelles difficultés d'accès), les découvertes progressives et les interrogations qu'elles soulèvent, mais aussi la spécificité de chaque objet de recherche, amènent les chercheur/ses en sciences sociales à faire évoluer le cadrage théorique et méthodologique de leur démarche afin de le faire correspondre le mieux possible à leur objet et à leurs observations. La condition de scientificité de ces constructions méthodologiques est leur restitution, afin de permettre au regard extérieur de suivre les

chemins empruntés et d'évaluer les choix opérés au cours de l'analyse. La mise en récit de ce "bricolage" rend notamment compte des difficultés rencontrées dans la mise en place d'un terrain, des écueils et des échecs de certaines hypothèses, exigeant une réorientation de l'objet d'étude ou de la démarche scientifique, mais il peut aussi être appréhendé en termes d'adaptation et d'allers-retours avec le terrain d'enquête. Cette manière de construire la démarche scientifique, en faisant dialoguer résultats et analyses tout au long du travail, en faisant évoluer par là même les questions et les objets de recherche, a été décrite formellement par les théoriciens de l'approche de la théorie ancrée. Cette méthode de recherche développée par Barney Glaser et Anselm Strauss, dans leurs travaux communs et respectifs (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1990 ; Glaser, 1992, 2001, 2002 ; Glaser et Holton, 2007) se fonde sur un principe déductif et itératif, à travers des allers et retours continus entre l'analyse des données récoltées et le terrain d'enquête. Il s'agit de procéder par plusieurs étapes de travail de terrain, en ménageant des temps d'analyse pour affiner les étapes de recherches suivantes. Cette méthode permet de ne pas limiter l'analyse aux hypothèses initiales et à leur vérification, car elle implique une redéfinition continue des hypothèses en fonction des résultats obtenus à chaque étape. Elle permet un ancrage des analyses finales dans les données de terrain, en autorisant notamment la possibilité d'explorer et de tester des catégories d'analyses et des éléments de théorisation à mesure qu'ils sont élaborés.

Dans le cadre de cette recherche, ce lien avec le terrain s'est traduit par une évolution progressive de l'objet d'analyse, qui est d'abord passé d'une focalisation nationale à une approche comparative, puis, du fait des explorations méthodologiques et des premiers résultats, s'est élargi d'une perspective de genre à une approche plus globale, historique et institutionnelle.

1. La construction de l'objet de recherche : une démarche guidée par le terrain

Le point de départ de ce travail doctoral était une interrogation sur la répartition des responsabilités contraceptives en France, et notamment sur la place secondaire accordée aux deux méthodes masculines disponibles, la vasectomie et le préservatif. La réalisation du terrain français a soulevé des interrogations supplémentaires qui nous ont amenée à faire le choix d'une prise en compte des pratiques britanniques, au départ comme point d'éclairage de la situation française, et progressivement dans une approche pleinement comparative accordant le même statut aux deux terrains nationaux.

a. De l'analyse nationale à l'approche comparative

L'objet et la démarche de ce travail ont été construites progressivement. Le point de départ théorique était l'ambition de caractériser les modalités de l'interaction médicale, notamment en termes d'information et de rapports de pouvoir, dans le contexte français. Le premier terrain de recherche mis en place consistait en la conduite d'entretiens semi-directifs avec des praticien.ne.s français.es, dans le but d'établir une typologie en fonction de variables de représentations, notamment de genre, et de variables de pratiques rapportées, particulièrement en matière de recommandation des méthodes masculines de contraception. Cette première étape de recherche s'est heurtée à une forte homogénéité des pratiques françaises en matière de recommandation des méthodes masculines, la vasectomie étant par exemple particulièrement peu évoquée par les praticien.ne.s, ce qui a fortement limité la possibilité d'établir des profils professionnels différenciés en fonction de cette variable. C'est dans ce contexte d'impasse empirique que la possibilité d'un éclairage international, avec un pays dont le paysage contraceptif présentait de forts contrastes avec la situation française, a émergé. Les usages contraceptifs français présentant un taux particulièrement bas de recours à la vasectomie, un grand nombre de pays pouvaient constituer une source de comparaison intéressante, qu'il s'agisse de l'Espagne, du Canada ou des Etats-Unis, où la vasectomie est rapportée comme méthode de contraception par respectivement 8,5%, 22% et 13% des femmes interrogées dans les enquêtes compilées par les Nations Unies²⁸. Notre choix s'est porté sur le Royaume-Uni pour des raisons linguistiques, mais aussi parce que les partenariats institutionnels nécessaires à la mise en place d'un terrain de recherche comparatif se sont développés plus aisément. Cette approche comparative a d'abord été conçue comme un point d'éclairage pouvant potentiellement permettre de dépasser les impasses du terrain français, mais la réalisation du terrain de recherche en Angleterre a soulevé de nouvelles pistes d'analyse qui ont rendu nécessaire l'adoption d'une démarche pleinement comparative.

b. Un redéploiement de la recherche suggéré par le terrain

La conduite des entretiens en Angleterre a constitué une nouvelle étape de réorientation de la recherche. Les premiers résultats ont permis de prendre la mesure des différences caractérisant l'exercice médical dans les deux pays, et ont souligné la nécessité de resituer les pratiques des professionnel.le.s dans un cadre plus large que celui de la consultation contraceptive abordée à travers les entretiens. À partir de ces résultats et de la littérature

²⁸ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2014*, 2014

théorique sur les comparaisons internationales, l'objet de recherche s'est déplacé d'une interrogation des pratiques et représentations professionnelles en matière de contraception masculine à une analyse plus large, portant sur l'accès au choix contraceptif en général, en fonction des contextes historiques et institutionnels dans lesquels les professionnel.le.s évoluent. En effet, pour tenter d'éclairer les logiques d'usages contraceptifs contrastés du point de vue du genre d'un pays à l'autre, nous nous étions focalisée sur l'équation limitée que représente la consultation contraceptive, une interaction entre usager.e.s et prescripteur/rices, afin de caractériser les normes d'usage, soit la délimitation du champ du souhaitable et des possibles, qui sont transmises dans ce cadre. Mais les observations de terrain tout comme les lectures théoriques (Dogan et Pelassy, 1982 ; Badie et Hermet, 2001 ; Vigour, 2005 ; Remaud, Schaub et Thireau, 2012)²⁹ ont soulevé la question de la comparabilité des termes de cette équation, et de la variabilité de leur signification d'un pays à l'autre. Que signifie en effet être prescripteur/rice en Angleterre et en France ? La compétence prescriptive n'appartient pas aux mêmes professions, les infirmier.e.s étant par exemple habilité.e.s à prescrire des contraceptifs dans le cadre du National Health Service britannique. Par ailleurs, les attitudes des praticien.ne.s sont guidées par l'identité professionnelle qui caractérise la profession médicale dans chaque pays : cette identité, qui s'inscrit dans la culture nationale de l'institution médicale, influence par exemple le rapport au savoir et aux recommandations de bonnes pratiques, dont le contenu en France et en Angleterre est relativement proche, mais dont les mobilisations par les prescripteur/rice.s peuvent différer. L'institution médicale et les autorités publiques exercent dans chaque pays des degrés de contrôle différents, qui dessinent des rôles professionnels contrastés. La catégorie "prescripteur" ne recouvre donc pas la même signification, ni les mêmes représentations et logiques d'action en fonction des contextes institutionnels, et postuler l'équivalence des fonctions comporte le risque de gommer artificiellement ces particularités nationales. L'interaction médicale renvoie également à des situations différentes en fonction de l'encadrement légal et institutionnel des pratiques. Si les usager.e.s ne sont pas l'objet de cette analyse, leur statut dans l'interaction que constitue la consultation contraceptive a par exemple une incidence sur les comportements professionnels. Or, ce statut dépend pour partie des politiques institutionnelles régissant les droits des usager.e.s et les modalités de

²⁹ Deux numéros thématiques de revues en sciences sociales ont également été mobilisés : le numéro de *Terrains & travaux* "Ce que comparer veut dire" (2012/2 n° 21), et le numéro de la *Revue internationale de politique comparée* "Mettre en mots la comparaison : analyses de pratiques", (2012/1 vol. 19).

l'interaction médicale, par exemple en termes de consentement, et repose également sur l'identité professionnelle telle qu'elle est défendue par les représentant.e.s de la profession, et telle qu'elle est incarnée individuellement. La mission professionnelle n'est pas la même pour les professionnel.le.s médicaux en fonction du système de santé et en fonction des représentations et protocoles d'action fournis par l'institution. Ainsi, comparer les logiques d'actions des professionnel.le.s d'un pays à l'autre implique de resituer leurs discours dans le cadre de ces contextes institutionnels nationalement spécifiques.

De même, l'objet contraception, en tant que pratique de régulation de la fécondité, n'a pas de signification uniforme, et se trouve associé à des enjeux très variables d'un pays à l'autre. Les représentations des pratiques contraceptives, en population générale et au sein de l'institution médicale, recouvrent des pratiques et des techniques différentes. Sur le plan politique, la régulation de la fécondité est associée à des enjeux politiques particuliers à chaque pays, en fonction de leur histoire sociale et politique. Le contexte français est par exemple caractérisé par une tradition nataliste, qui trouve sa source dans la manière dont les dynamiques démographiques nationales ont été appréhendées au XIXe siècle, alors que les représentant.e.s politiques et les intellectuel.le.s britanniques ont appréhendé les variations populationnelles en termes socialement différenciés, et leurs préoccupations se sont plutôt portées sur les enjeux de surpopulation. Ces histoires politiques différentes définissent un cadre national d'appréhension des enjeux de maîtrise de la fécondité, qui influence les positionnements politiques des gouvernant.e.s et des acteurs sociaux et médicaux, les modalités de diffusion de la contraception médicale, mais aussi les représentations de la légitimité de la pratique contraceptive, validées autant que nourries par des décisions législatives et les orientations des politiques publiques.

Notre objet de recherche a continué à évoluer au fur et à mesure des résultats et de l'immersion sur le terrain britannique qui a duré trois mois. L'utilisation du terrain britannique comme contrepoint étranger s'est révélée restrictive, du fait de l'ampleur des différences historiques et institutionnelles constatées, ce qui a occasionné "*un changement de posture et un rééquilibrage du rôle de chaque terrain*" (Giraud, 2012, 103). Nous nous sommes donc orientée vers une perspective comparative globale, visant à faire dialoguer l'ensemble de ces éléments au cœur de la démarche de recherche. Cette réorientation tardive de l'analyse s'est fondée sur des pistes d'analyse qui ont émergé des discours des praticien.ne.s rencontré.e.s, ce qui a permis d'aborder les terrains de recherche historique et institutionnel sans hypothèses préalables, et d'éviter l'écueil relativement fréquent des

comparaisons internationales consistant à mobiliser la démarche comparative dans un but de validation d'hypothèses uniquement (Hassenteufel, 2005).

Construire une véritable démarche comparative à partir du redéploiement de notre objet de recherche a nécessité la mise en place d'un cadre méthodologique permettant de faire évoluer ces réorientations progressives en un dispositif de recherche stable permettant la comparabilité des observations.

2. Comparabilité et méthodes

La comparaison d'objets et de catégories d'analyse d'un pays, ou sous-ensemble culturel, à l'autre comporte le risque de lisser artificiellement les spécificités de chaque terrain (Green, 2004 ; Demazière, Giraud et Lallement, 2013). La construction d'une démarche comparative soulève la nécessité de s'intéresser aux significations variables des éléments que l'on fait dialoguer, en fonction des contextes étudiés. Ce faisant, la comparaison a fait émerger de nouveaux questionnements sur l'organisation institutionnelle de la diffusion de la contraception médicale, qui ne faisaient pas partie des hypothèses initiales. La mise en relation de logiques d'actions et de représentations nationales déconstruit l'évidence du mode d'organisation le plus familier, en l'occurrence l'Assurance Maladie française. Comme le souligne l'historien Gérard Bouchard : *"La comparaison fait partie des procédés d'objectivation parce qu'elle est un moyen de créer une distance entre le sujet et sa culture, parce qu'elle permet de casser la chaîne de production du savoir là même où naissent les paradigmes, bien en amont de la théorie et des concepts. Il est utile en effet de briser cette articulation du savoir à son enracinement socioculturel, non pas pour la récuser, ce qui reviendrait à enlever toute substance et toute signification aux énoncés scientifiques, mais bien pour en négocier les ancrages, pour la soumettre elle aussi au processus critique de la constriction de l'objet."* (Bouchard, 2000, 75). Comparer les étapes historiques de construction et d'aménagement des systèmes de santé nationaux vient ainsi souligner la singularité des décisions politiques qui sous-tendent les orientations stratégiques des politiques publiques, et le sens qui leur est donné dans des contextes politiques et idéologiques contrastés. La comparaison revient à se demander pourquoi les développements institutionnels et politiques ont pris des sens et des directions différentes dans chaque pays et à tenter d'explicitier ces différences en resituant ces décisions, la mise à l'agenda de problèmes politiques avec des enjeux sélectionnés, dans des contextes plus larges.

Les perspectives comparatives font émerger des différences et des similarités, et bien souvent, la focalisation d'un.e chercheur/se sur l'un ou l'autre de ces aspects a des

conséquences sur la construction de l'objet (Green, 2004). Un certain nombre de similarités peuvent être constatées entre les deux pays, notamment le choix politique de mettre en place un système de prise en charge publique des soins pour la population, ou encore le consensus sur la nécessité de médicaliser l'accès à la contraception. Un fort élément de proximité qui intervient dans le domaine médical est lié à l'internationalisation de la science médicale (Maher, 1986 ; Karle, 2006), qui tend à homogénéiser les savoirs auxquels les médecins se réfèrent dans l'exercice de leur profession, notamment par le truchement des compilations des données de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. De plus, dans un contexte de multiplication des analyses comparatives dans le domaine des politiques publiques et d'accroissement des communications internationales, un certain nombre de phénomènes d'influence internationale peuvent être observés (Hassenteufel, 2005)³⁰, et nous avons ainsi pris en compte les imports explicites d'informations et de manière de faire d'un pays à l'autre, avec leurs modalités nationales de réception et d'adaptation (Gally, 2012)³¹. Tout en prêtant attention à ces similarités et ces échanges, l'objectif d'éclairer une différence majeure en matière d'usages contraceptifs a cependant orienté l'analyse sur la recherche de contrastes historiques et institutionnels permettant d'enrichir la compréhension de cette différence. Mais l'attention portée à ce qui distingue un contexte de l'autre ne se limite pas au constat de la différence, mais en interroge le sens, et notamment son inscription dans des logiques d'action instituées, des relations entre acteurs stabilisées et de représentations particulières (Gally, 2012). Il ne s'agit pas d'adopter une approche simplement descriptive, qui comporte le risque d'une réification d'ensembles culturels supposés homogènes, mais plutôt d'aller interroger la manière dont ces "traits culturels" ont été élaborés, dans la continuité ou la rupture, et selon quelles problématisations internes (Maurice, 2003). Cette démarche s'appuie sur l'approche de l'analyse sociétale, qui a profondément marqué le domaine des analyses comparatives en sciences sociales (Lendaro, 2013). L'analyse sociétale, développée majoritairement dans le domaine de la sociologie du travail, prône la recherche de "cohérences sociétales" par l'historicisation et la contextualisation du sens donné aux modes d'organisation politique et sociale nationaux. Elle se distingue d'une approche fonctionnaliste postulant l'universalité des concepts et leur équivalence dans des contextes divers, et permet de dépasser les inconvénients d'une focale culturaliste essentialisant des traits culturels, qui font pourtant l'objet de négociations et de recompositions permanentes (Maurice, 1989 ; Maurice, Sellier et Silvestre, 1982, 1992).

³⁰ Cf. La perspective de l'histoire croisée (Werner et Zimmermann, 2003)

³¹ Cf. Notamment la question de la rémunération à la performance, abordée dans le chapitre 7.

Cette approche a fait l'objet de critiques, portant notamment sur sa focalisation sur l'échelle de l'Etat-nation, qui dans certains cas de figure, produit une harmonisation artificielle des sous-ensembles la composant, tout en invisibilisant les relations transnationales et internationales susceptibles de nourrir les politiques nationales (Demazière, Giraud et Lallement, 2013 ; Lendaro, 2013). Dans le cadre de ce travail cependant, l'échelle nationale apparaît pertinente du fait de l'objet de recherche, l'Angleterre comme la France étant dotées de systèmes de santé centralisés, dont la sphère d'influence correspond au territoire national, à la différence de pays décentralisés où une importante variabilité interrégionale peut être observée, comme par exemple l'Allemagne (Steffen, 2004). L'approche sociétale a également été critiquée pour sa focale institutionnelle et le postulat qui l'accompagne, c'est-à-dire la force prescriptive de l'institution, qui sous-estimerait les capacités d'initiatives des acteurs individuels (Demazière, Giraud et Lallement, 2013). Mais cet obstacle peut être contourné par l'adoption d'une variabilité d'échelles d'analyse, avec une prise en compte des politiques nationales (macro), de leurs éventuelles déclinaisons administratives régionales (meso) et des logiques d'actions individuelles (micro). Ce travail s'intéresse ainsi autant aux politiques publiques orchestrées au niveau national dans le cadre du NHS et de l'Assurance Maladie française, qu'à leur application et leur appropriation par les acteurs, abordées au sein des entretiens mais aussi grâce aux documents institutionnels constituant des bilans de l'action publique, qui peuvent largement s'écarter des volontés gouvernementales initiales (Lima, 2004 ; Hassenteufel, 2005). S'il ne faut pas perdre de vue la capacité d'initiative des acteurs individuel.le.s, les marges de manœuvre accordées aux membres de l'institution ont une dimension heuristique, l'absence d'encadrement relevant autant d'une décision institutionnelle que des contrôles minutieux. Ces allers et retours entre plusieurs échelles d'analyse peuvent s'apparenter à l'approche de la "comparaison située", notamment développée par Robert Yin, qui promeut une double analyse articulant des études de cas au niveau micro et une approche comparative au niveau macro des contextes politiques, sociaux et institutionnels de chaque pays (Yin, 2009).

Le cadre méthodologique de la comparaison internationale adopté dans ce travail appelle à mêler plusieurs perspectives disciplinaires, dans le but de dégager des "cohérences sociétales" contribuant à éclairer les actions individuelles : il s'agit d'une part de resituer les représentations de la contraception comme pratique sociale et comme objet au sein de chronologies politiques internes, dans une perspective d'histoire politique comparée. D'autre part, resituer les comportements des professionnel.le.s de santé au sein de systèmes de soins nationaux exige de rendre compte de la construction politique de ces systèmes, mais aussi de

leurs modes de fonctionnement, dans une perspective de comparaison de politiques publiques. Les méthodes de la sociologie institutionnelle sont mobilisées pour comparer finement les mécanismes d'encadrement et de contraintes des actions des acteurs, ou au contraire la marge de manœuvre qui leur est accordée au sein des systèmes médicaux. Les continuités historiques comme les changements appartiennent à cette analyse, les "cultures nationales", qu'il s'agisse de la médecine ou des pratiques de régulation des naissances, ne pouvant être appréhendées comme des ensembles de représentations et d'usages stables et homogènes dans le temps. Cette double comparaison historique et institutionnelle permet de caractériser les espaces cognitifs et matériels au sein desquels les prescripteur/rice.s agissent, et de prendre en compte la dimension sociétale de leurs représentations et logiques d'action. La question du genre, traditionnellement ignorée par l'analyse sociétale (Marry, 1998 ; Marry, Kieffer, Brauns et Steinmann, 1998 ; Maruani, Marry et Laufer, 2001 ; Moreau, 2009), est pleinement intégrée à ces analyses, et particulièrement en ce qui concerne les représentations professionnelles des méthodes contraceptives.

II. Les sources de la comparaison

Cette recherche s'est appuyée sur deux terrains principaux. Elle a été amorcée par la conduite d'entretiens avec les prescripteur/rice.s français.es de contraception, protocole qui a été reproduit par la suite en Angleterre. Par ailleurs, des sources documentaires très variées, primaires et secondaires, ont été mobilisées pour analyser en profondeur les éléments contextuels, historiques et institutionnels, qui participent à la structuration des usages contraceptifs dans les deux pays.

1. Aborder les représentations et les logiques d'action professionnelles : la conduite d'entretiens semi-directifs

La conduite d'entretiens semi-directifs a été choisie comme outil d'appréhension de l'interaction que constitue la consultation contraceptive. Ces entretiens ont à la fois constitué une source de données primaires sur les pratiques et représentations des professionnel.le.s, mais ont également orienté les recherches comparatives institutionnelles et historiques, en soulignant des différences contextuelles mobilisées au sein des entretiens comme logiques justificatives de l'action. La rencontre directe avec les professionnel.le.s joue également un rôle de multiplication des échelles de l'analyse (Demazière, Giraud et Lallement, 2013), permettant de souligner d'éventuels décalages entre les politiques publiques définies au niveau national, leurs déclinaisons locales, et les pratiques décrites par les individus travaillant dans le champ qu'elles couvrent. Le recueil de données qualitatives par entretien

permet ainsi d'aborder au niveau micro les concrétisations de dynamiques initiées au niveau macro, qu'il s'agisse de constater l'effet contraignant de directives adoptées au niveau national ou au contraire de mesurer les marges de manœuvre et l'autonomie des acteurs, se manifestant par une diversification des attitudes.

Cette sous-partie met à jour la mise en place des terrains d'enquête et les méthodes d'analyse mobilisées pour l'exploitation des entretiens.

a. La mise en place d'un protocole répliatif

Cette analyse comparative s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés avec des prescripteur/rice.s de contraception dans les deux pays, avec l'objectif de caractériser les représentations, attitudes et pratiques professionnelles en matière de contraception masculine dans les deux pays. La question de la pertinence de cet outil, par rapport à une observation des consultations, peut se poser, dans la mesure où des entretiens ne donnent accès qu'à des pratiques rapportées par les acteurs, c'est-à-dire à des narrations *a posteriori* et dans le contexte particulier d'un entretien avec une sociologue, qui peuvent sensiblement s'écarter de la réalité des consultations. Cependant, cet outil a été préféré à l'observation pour plusieurs raisons. Sur le plan pratique d'une part, il est considérablement plus difficile de mettre en place des observations sociologiques de consultations médicales, pour des raisons déontologiques notamment, que d'obtenir des entretiens avec les professionnel.le.s. Par ailleurs, un certain nombre de prescriptions contraceptives ont lieu en médecine générale, et ce particulièrement en Angleterre, et il aurait été difficile de sélectionner à l'avance les consultations dédiées à cette thématique, ce qui aurait potentiellement nécessité de cumuler un grand nombre d'heures d'observation pour un petit nombre de consultations pertinentes. D'autre part, les entretiens semi-directifs permettent d'accéder à des logiques de justification de l'action : les professionnel.le.s sont amené.e.s à décrire leurs pratiques et à expliciter les choix qu'elles et ils opèrent dans leurs manières de faire par la référence à des normes de pratique, des connaissances ou des représentations. Ces logiques sous-jacentes et ces représentations ne sont pas évoquées de manière extensive en consultation, où les décisions prescriptives ne sont pas nécessairement expliquées aux usager.e.s et où la posture professionnelle en présence d'usager.e.s appelle à une neutralisation des discours. L'interaction avec les professionnel.le.s rencontré.e.s se situe donc en dehors de la consultation contraceptive, ce qui représente un espace de liberté de parole par rapport à une situation incluant des usager.e.s. L'entretien semi-directif peut ainsi constituer un outil

sociologique plus à même de rendre observables des systèmes de représentations (Blanchet et Gotman, 1992), en favorisant leur verbalisation plutôt que leur mise en actes.

La conduite des entretiens s'est appuyée sur un guide structuré³² en sept sous-ensembles thématiques : l'entretien débutait avec une petite série de questions consacrées au choix de carrière des enquêté.e.s, avec l'objectif combiné de recueillir quelques informations sur leur origine sociale mais aussi sur leur vision de leur métier. Un deuxième sous-ensemble était consacré à des questions portant sur leurs pratiques professionnelles en matière contraceptive, et leurs opinions sur les différentes méthodes et sur la nécessité d'un encadrement médical. Un troisième sous-ensemble se focalisait sur la question de la contraception masculine et l'hypothèse d'une pilule masculine était discutée. Ensuite, la question des infections sexuellement transmissibles était abordée, puis la composition de leur patientèle et leurs manières d'aborder les contacts avec les usager.e.s des deux sexes. Une avant-dernière section était consacrée au rôle social de médecins et leur perception de leur métier au sein de la société, avec des questions spécifiques sur la gynécologie. L'entretien se terminait avec deux questions portant spécifiquement sur les enjeux de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Ces thématiques peuvent apparaître variées et relativement éloignées de la thématique principale de ce travail : il ne s'agissait pas simplement d'analyser les représentations et pratiques professionnelles relatives aux méthodes de contraceptions masculines, mais aussi d'être en mesure de les resituer dans des systèmes de représentations plus larges, notamment en relation avec les rôles de genre, mais aussi avec les postures professionnelles adoptées par les praticien.ne.s.

Le choix d'une structure semi-directive autorise une expression relativement libre de la parole des enquêté.e.s, tout en permettant de respecter une structure unique d'un pays à l'autre, et d'un entretien à l'autre, ce qui est une condition de la comparabilité des données. En effet, si nous nous sommes permis quelques relances ou adaptations liées aux contextes d'exercice³³, la similarité de la structure de chaque entretien apparaît comme une "*exigence fondamentale*" (Hassenteufel, 2005, 120) de l'approche comparative. Les thématiques évoquées, mais aussi l'ordre des questions ont donc été homogènes pour l'ensemble des entretiens, et le guide élaboré au départ pour un terrain uniquement français a été traduit avec très peu de modifications en langue anglaise. Ce guide a été testé avec deux praticien.ne.s en

³² Ce guide est disponible en annexe, ainsi que son équivalent pour le terrain britannique (Cf. Annexe 1)

³³ Par exemple, une question portait sur le droit de prescription contraceptive des autres professions de santé : en Angleterre, où les infirmier.e.s sont habilité.e.s à prescrire depuis plus de quinze ans, cette question ne pouvait être posée de manière aussi hypothétique qu'en France.

France et une professionnelle en Angleterre. En définitive, l'analyse a porté sur 33 entretiens auprès de prescripteur/ric.e.s recruté.e.s selon un principe de diversification.

b. Les processus de recrutement des enquêté.e.s et leurs enseignements

Notre enquête par entretien semi-directifs ne vise pas la représentativité du panel de praticien.ne.s rencontré.e.s par rapport aux populations médicales nationales, mais une diversification des postures en prenant en compte des critères individuels et relatifs à l'activité professionnelle dans les deux pays.

Sur le plan géographique, les entretiens se sont déroulés dans les capitales et leurs banlieues élargies dans les deux pays. Pour des raisons logistiques essentiellement, notamment concernant le terrain britannique limité à trois mois de séjour sur le sol anglais, le terrain n'a pas pu être étendu à l'ensemble du territoire national. Mais la zone géographique proche des capitales autorise une certaine diversité de territoires et de caractéristiques professionnelles.

En France, nous avons rencontré des praticien.ne.s exerçant dans trois départements présentant des taux de démographie médicale contrastés. L'Ile de France est caractérisée par une très forte densité médicale par rapport au reste du territoire français, le département de Paris affichant une moyenne de 690 médecins pour 100 000 habitants, par rapport à une moyenne nationale de 300/100 000. La Seine Saint Denis et la Seine et Marne, départements d'exercice de deux tiers des praticien.ne.s rencontré.e.s, s'apparentent cependant à des départements ruraux, avec une densité médicale de respectivement 244 et 210 médecins pour 100 000 habitants, des chiffres proches par exemple de celui du département de la Creuse (247/100 000) (Lévy et Allemand, 2005), ou de la région Centre (241/100 000)³⁴.

Après avoir établi ces trois zones géographiques de recrutement, dans un but de diversification, nous avons sélectionné une première vague de cent praticien.ne.s (environ trente par département), sur la base du répertoire de l'Assurance Maladie, Ameli, qui donne accès aux professions exercées, aux adresses, mais aussi au sexe des professionnel.le.s, et à leur secteur de conventionnement. Pour chaque département nous avons cherché à obtenir un ratio équilibré de secteurs de conventionnement, de femmes et d'hommes, et de médecins généralistes et gynécologues, les deux professions médicales traditionnellement habilitées à prescrire des contraceptifs en France. Depuis 2009, les sages-femmes sont également autorisées à prescrire, mais leur participation à l'offre contraceptive nous a semblé trop

³⁴ (Jean-François Rault, Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois, *La Démographie médicale en région Ile-de-France. Situation en 2013*, Conseil de l'Ordre National des Médecins, 2013)

récente pour avoir contribué à la structuration des usages contraceptifs observés, et cette profession n'a donc pas été incluse à l'analyse³⁵. Un premier contact par courrier en expliquant la démarche de recherche a été suivi de relances téléphoniques afin de prendre rendez-vous avec les professionnel.le.s acceptant de participer. Cette première vague a été suivie d'une seconde incluant à nouveau une centaine de contacts. En effet, le recrutement s'est révélé particulièrement difficile, les médecins évoquant le manque de temps, l'absence d'intérêt pour la thématique³⁶ ou encore le refus de principe de participer à une enquête, quand le refus n'était pas directement formulé par les secrétaires. À l'issue de cette prise de contact avec 200 praticien.ne.s, 14 médecins ont accepté de participer, dont 7 médecins généralistes (2 femmes et 5 hommes), et 7 gynécologues (5 femmes et 2 hommes). Les femmes françaises sont majoritairement suivies par des gynécologues en matière contraceptive (Bajos, Bohet, Le Guen et Moreau, 2012), cette profession étant principalement exercée par des femmes (Bessière, 2005). Si ce champ est dominé par la profession de gynécologie médicale, il semblait intéressant d'inclure les médecins généralistes, notamment dans les zones géographiques où cette spécialité représente la principale source d'accès aux soins primaires, comme le département de la Seine-et-Marne, dont la densité de praticien.ne.s spécialistes se situe en dessous des moyennes nationales³⁷. Ce panel souligne donc l'attachement à une diversification des professionnel.le.s rencontré.e.s plutôt qu'à leur représentativité. La base Ameli n'incluant pas d'informations sur l'âge des praticien.ne.s, nous n'avons pas pu intervenir sur ce critère. En revanche, dans la perspective de la comparaison avec l'Angleterre, nous avons cherché à rencontrer des praticien.ne.s exerçant de manière salariée, le mode d'exercice exclusif outre-Manche. Deux praticiennes ont été contactées par le biais de connaissances professionnelles à l'INSERM, l'une, gynécologue, exerçant en structure hospitalière, l'autre, médecin généraliste, en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

³⁵ Les spécificités socioprofessionnelles des sages-femmes, qui ne bénéficient pas de la même reconnaissance sociale et légale que leurs homologues médecins, rendrait une analyse de leur entrée dans le domaine contraceptif très intéressante, et ce particulièrement en termes de rapport à l'interaction médicale ou encore aux recommandations de bonnes pratiques.

³⁶ L'enquête était présentée comme une enquête portant sur les pratiques relatives à la contraception en général. Cf. Chapitre 3, II. 1. c. La présentation de soi et les situations d'enquête

³⁷ La moyenne nationale de densité médicale pour les spécialistes est de 135,5 spécialistes pour 100 000 habitants. (Jean-François Rault, Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois, *Atlas de la Démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014*, Conseil de l'Ordre National des Médecins, 2014). La Seine et Marne affiche une moyenne de 106 spécialistes pour 100 000 habitants (Jean-François Rault, Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois, *La Démographie médicale en région Ile-de-France. Situation en 2013*, Conseil de l'Ordre National des Médecins, 2013). Les taux les plus bas enregistrés en France avoisinent les 65/100 000 (départements de la Haute-Loire et de l'Eure).

En Angleterre, le recrutement s'est déroulé de manière sensiblement différente. Premièrement, la prescription contraceptive est majoritairement prise en charge dans le cadre des soins primaires au Royaume-Uni, donc par des médecins généralistes ou éventuellement des infirmier.e.s, dans les cabinets de médecine générale ou dans des services spécialisés ("service de santé sexuelle et reproductive"), accessibles en premier recours. À ces deux professions s'ajoutent une spécialité, en partie assimilable aux gynécologues français.es : les consultant.e.s en santé sexuelle et reproductive exercent en structures hospitalières ou en services spécialisés, et sont formé.e.s à la prise en charge des problèmes d'infertilité, des chirurgies mineures et des problèmes gynécologiques (endocrinologie, infections sexuellement transmissibles, etc.). Disposant de trois mois pour réaliser l'ensemble du terrain britannique, nous avons pu bénéficier du soutien de plusieurs organismes intermédiaires pour le recrutement des praticien.ne.s. Accueillie au sein d'un service de santé sexuelle et reproductive dispensant des formations professionnelles en matière de contraception, nous avons pu accéder au fichier répertoriant les praticien.ne.s ayant suivi des formations sur les cinq dernières années. Nous avons recruté cinq médecins généralistes (à partir d'une vingtaine de prise de contact) par ce biais, qui ont été sélectionné.e.s de manière à diversifier l'échantillon en fonction de leur patientèle. En effet, les médecins britanniques sont des médecins de secteur et ne peuvent être consultés que par les habitant.e.s du secteur géographique (borough). Le lieu d'exercice d'un médecin est donc déterminant du type de population fréquentant son cabinet. Quatre boroughs ont été sélectionnés: Westminster City, Merton, Islington, Dagenham, en diversifiant selon le niveau d'éducation, le revenu moyen, et le niveau de santé (appréhendé en termes de mortalité masculine et féminine), à partir des données publiées par les districts. Par ailleurs, un deuxième recrutement a été lancé *via* Public Health England, un organisme public qui a accepté de relayer la demande d'entretien auprès des généralistes répertorié.e.s comme exerçant une activité en santé sexuelle et reproductive dans le Grand Londres³⁸. Ce processus a donné lieu à deux entretiens supplémentaires.

Les consultant.e.s ont été contacté.e.s par l'intermédiaire de la Faculté de Santé Sexuelle et Reproductive, responsable de leur formation et qui rassemble l'ensemble des spécialistes britanniques de ce domaine médical. La Faculté a accepté de diffuser un courriel informatif à l'ensemble des membres exerçant à Londres et dans sa région, et les entretiens ont été réalisés sur la base des réponses spontanées, dans quatre districts différents.

³⁸ Comme nous le verrons dans le chapitre 7, la prescription contraceptive fait systématiquement l'objet d'une inscription du cabinet de médecine générale au sein d'un répertoire spécifique.

Enfin, six entretiens ont été réalisés avec des infirmier.e.s travaillant dans des services de santé sexuelle et santé sexuelle et reproductive, au sein de Marie Stopes International³⁹, ainsi qu'avec une infirmière habilitée à prescrire travaillant dans un cabinet de médecine générale. Quatre infirmier.e.s ont pu être contacté.e.s grâce au fichier de données du service formateur, et deux infirmières ont été recrutées par "effet boule de neige", les contacts informels avec les infirmier.e.s du service dans lequel nous étions accueillie ayant permis de diversifier le panel par le biais de leurs connaissances interpersonnelles et professionnelles.

En définitive, 17 entretiens ont été réalisés, incluant 4 consultant.e.s en santé sexuelle et reproductive (3 femmes et un homme), 7 médecins généralistes (5 femmes et 2 hommes) et 6 infirmier.e.s (5 femmes et un homme). Le panel britannique est donc plus féminisé que le panel français.

La prise de contact *via* des répertoires de professionnel.le.s ayant suivi une formation, ou ayant déclaré une activité contraceptive, peut apparaître comme un biais de sélection favorisant la surreprésentation des praticien.ne.s spécialisé.e.s. Mais le contexte institutionnel britannique exige un haut niveau de formation pour les prescripteur/rice.s de contraception et le système de rémunération des soins primaires implique une déclaration auprès des autorités sanitaires de la mise à disposition de services contraceptifs, qui appartiennent à la catégorie des "services additionnels" faisant l'objet d'une rémunération spécifique⁴⁰. Le niveau de formation des praticien.ne.s rencontré.e.s correspond donc au niveau standard attendu d'un.e prescripteur/rice de contraception. Par ailleurs, la participation volontaire des praticien.ne.s français.es peut constituer un biais approchant : plusieurs refus de participation ont été motivés par la faiblesse de l'activité contraceptive des professionnel.le.s contacté.e.s, et il est probable que celles et ceux ayant accepté d'accorder un entretien se sentent suffisamment à l'aise avec la thématique et qu'elle suscite leur intérêt. Les prescripteur/rice.s français.es peu intéressé.e.s par la contraception échappent donc à notre processus de recrutement, ce que nous avons cherché à prendre en compte au sein de notre analyse.

En définitive, 33 entretiens ont été réalisés, un nombre qui peut paraître limité dans une démarche comparative mais qui s'explique par la saturation très rapidement atteinte sur les thématiques principales de l'analyse.

³⁹ Marie Stopes International est un des principaux organismes privés prenant en charge l'offre d'interruptions volontaires de grossesse et de vasectomie pour le compte du NHS.

⁴⁰ Cf. Chapitres 7 et 9

Les recrutements dans chaque pays se sont donc déroulés de manière distincte, qu'il s'agisse du nombre d'organisations intermédiaires impliquées, ou du temps nécessaire à la réalisation d'une quinzaine d'entretiens : plus d'un an en France contre trois mois en Angleterre. Ces différences sont éclairées par des éléments contextuels : le nombre d'organisations intermédiaires publiques susceptibles d'aider au recrutement en Angleterre renvoie à l'organisation du NHS en tant que service public national, avec un certain nombre d'organismes de régulation de l'activité de soins et une politique de production et de circulation des données de santé, mais aussi d'activité médicale, très ancrée (Lanier, Roland, Burstin et Knottnerus, 2003 ; Bras et Duhamel, 2010). Les praticien.ne.s pouvaient être contacté.e.s par voie électronique, et tou.te.s ont répondu, même en cas d'indisponibilité. En France, la majorité de la prescription contraceptive se déroule dans le cadre de la médecine libérale, et la contraception comme domaine d'activité médicale ne fait l'objet d'aucun encadrement spécifique : un répertoire équivalent à celui fourni par Public Health England est donc inexistant, et les professionnel.le.s ont dû être contacté.e.s par voie postale et par téléphone.

Par ailleurs, la rapidité du recrutement britannique peut être éclairé par les habitudes professionnelles de participation aux recherches, fortement encouragées par le mode d'organisation du système de soins. Les médecins généralistes doivent répondre à des questionnaires réguliers officiels sur leur activité (Walley et Mantgani, 1997 ; Campbell *et al.*, 2008, 2009) et un grand nombre d'enquêtes sont réalisées régulièrement par le département de recherche et développement du NHS, qui sert notamment à orienter les décisions budgétaires (Jones, Lamont et Haines, 1995 ; Baker, 2001). Par ailleurs, le financement de la recherche est globalement plus contractuel au Royaume-Uni, avec des relations institutionnalisées entre les chercheur/tes et les services responsables de l'élaboration et de la mise en place des politiques publiques (Moreau, 2009, 60). Les professionnel.le.s de santé britanniques ont donc l'habitude d'être régulièrement sollicité.e.s par des autorités publiques pour participer à des enquêtes visant à améliorer le fonctionnement du NHS. À titre d'exemple, une enquête menée en 2000 parmi les médecins généralistes exerçant en West Midlands mettait en évidence une participation de 84% de cette population à des audits ou des projets de recherche (Jowett, Macleod, Wilson et Hobbs, 2000). Ces habitudes peuvent avoir facilité la participation des professionnel.le.s à notre enquête, et ce d'autant plus que les contacts pris avec elles et eux passaient souvent par des institutions, notamment la Faculté de Santé Sexuelle et Reproductive et Public Health England. À l'inverse, les professionnel.le.s français.es sont peu habitué.e.s à participer à des enquêtes, même lorsqu'elles sont organisées

par des autorités publiques : les réticences de praticien.ne.s sont exprimées en termes de manque de temps⁴¹, un argument qui nous a souvent été opposé, et ce d'autant plus que la médecine libérale implique à la fois des journées de travail plus longues (Hartmann, Ulmann et Rochaix, 2006) que la médecine salariée ou rémunérée par capitation, et une perte financière occasionnée par un nombre réduit de patient.e.s vu.e.s en une journée. Les médecins français.es sont donc tendanciellement moins accessibles que leurs homologues britanniques (Cogneau *et al.*, 2002), dont la participation aux enquêtes est généralement comprise dans le temps de travail administratif pour lequel les professionnel.le.s sont rémunéré.e.s⁴². Comme l'a montré la politiste Marie-Hélène Sa Vilas Boas, les difficultés d'accès au terrain de recherche ont une dimension heuristique qui peut permettre de mieux caractériser les termes de la comparaison si elles sont prises en compte dans l'analyse et l'écriture de la comparaison (Boas, 2012).

De même, le retour réflexif sur la situation d'enquête soulève des spécificités nationales qui peuvent être mises en relation avec les contextes institutionnels de l'activité médicale dans chaque pays.

c. La présentation de soi et les situations d'enquête

Le dispositif d'enquête a été présenté aux enquêté.e.s potentiel.le.s de la même manière dans les deux pays dans un objectif de comparabilité. Nous avons fait le choix de ne pas annoncer directement la thématique cible de l'enquête afin d'éviter l'imposition de problématique. En effet, le recours à la vasectomie étant particulièrement rare en France, la notion de "contraception masculine" peut être perçue d'une part, comme relevant d'un champ très spécifique par lequel les praticien.ne.s ne se sentent pas nécessairement concerné.e.s⁴³ et d'autre part, comme s'inscrivant dans une approche de genre, ce qui pourrait influencer les discours des professionnel.le.s. Notre démarche a donc été présentée comme une interrogation générale sur les pratiques professionnelles en matière contraceptive. Cette focale relativement large s'est ensuite révélée utile dans la mesure où l'objet de recherche s'est également élargi. Cependant, en dépit de l'absence de précision, cette enquête a été perçue différemment d'un pays à l'autre.

En France, les entretiens ont débuté en août 2012 et la majorité s'est déroulée dans le contexte de la crise médiatique autour des pilules de troisième et quatrième générations. Ce

⁴¹Arnaud Gautier, "Baromètre santé médecins généralistes 2009", INPES, 2011.

⁴²À titre d'exemple, certaines infirmières rencontrées s'étaient vues offrir la possibilité d'être remplacées le temps de l'entretien par l'institution dans laquelle elles travaillaient.

⁴³ Cf. Chapitre 9 D'un système de santé à l'autre : la place des représentations dans les pratiques professionnelles

contexte a pu potentiellement compliquer l'accès au terrain, une enquête présentée comme relevant de la santé publique, et conduite par une chercheuse rattachée à l'INSERM, pouvant être perçue comme une évaluation des pratiques dans le cadre de cette crise. Ce contexte d'entretien est pris en compte dans l'analyse des données recueillies, et nous avons considéré que les pratiques décrites par les professionnel.le.s sont sans doute proches de ce qu'elles et ils appréhendent comme des normes de pratiques officielles.

Cependant la majorité des entretiens se sont déroulés au sein des cabinets médicaux des enquêté.e.s⁴⁴. J'étais en général assise en face des praticien.ne.s, sur la chaise destinée aux usager.e.s, et cette disposition, ainsi que mon âge et mon sexe, ont pu favoriser une forme de confusion entre mon statut de chercheuse et mon statut de patiente potentielle. Cette confusion était remarquable dans la dimension clairement pédagogique de certains énoncés, visant à expliquer ce qu'il était possible ou non d'envisager comme procédés contraceptifs, mais également dans des formules d'adresse m'incluant dans le groupe des usagères comme "*vous, les jeunes*" ou "*vous les femmes*", ou encore des expressions manifestant l'évidence des réponses sollicitées pour des professionnel.le.s de santé, comme "*Nous, on le comprend bien nous en tant que gynécos, on le comprend bien.*" (Samuel A., gynécologue obstétricien, homme, 59 ans, FR). Ces formules peuvent jouer un rôle de distinction entre les professionnel.le.s expert.e.s et le statut de chercheuse, comme en témoigne le discours de B.S., médecin généraliste, me précisant que mes questions seraient différentes (et plus appropriées) si j'avais moi même suivi des études de médecine. Ces procédés de distinction peuvent être appréhendés comme des tentatives de rééquilibrage des rapports de pouvoir inhérents à la situation d'entretien, et ce particulièrement dans le contexte français où les pratiques médicales sont rarement évaluées par des tiers non-médicaux⁴⁵. Comme le précisent le psychosociologue Peter Banister et ses collègues : "*Bien trop souvent, nous analysons les entretiens comme des expressions désincarnées, mais les entretiens sont des interactions entre des personnes réelles... Il semble que lorsqu'il y a prise de distance avec des rapports de pouvoir traditionnels, par exemple lorsque que des hommes sont positionnés par la relation de recherche comme subordonnés du chercheur, ces rapports de pouvoir inhérents à l'entretien deviennent évidents à travers leurs tentatives de les renverser.*" (Banister, Burman,

⁴⁴ Le déroulement des entretiens dans les structures professionnelles n'est pas neutre, puisque chaque lieu peut favoriser l'énonciation de discours différents (Blanchet et Gotman, 1992). Le lieu de travail est ainsi susceptible d'encourager une expression "en tant que professionnel", mais dans le cadre de cette analyse, qui cherche à caractériser des représentations, attitudes et pratiques d'individus dans le cadre de leur activité prescriptive, cette influence possible n'apparaît pas comme un biais mais peut au contraire favoriser des discours les plus proches possibles des pratiques ou du moins des normes d'exercice.

⁴⁵ Cf. Chapitre 7 Soignant.e.s et usager.e.s dans les systèmes de soins : des statuts nationalement différenciés

Parker, Taylor, *et al.*, 1994, 68). Cette hypothèse semble renforcée par les différences caractérisant les deux entretiens réalisés avec des praticiennes contactées par le biais de connaissances interpersonnelles, qui se sont déroulés au domicile des professionnelles, dans un contexte plus informel et où des discussions sur l'objet de la recherche ont été engagées à la suite de l'entretien. Il semblerait que le fait d'avoir des connaissances en commun ait renforcé mon statut de chercheuse, plutôt que d'usagère potentielle, aux yeux de ces praticiennes. Ce contexte d'interaction, que l'on pourrait qualifier de collaboration professionnelle, se retrouve dans le contexte britannique.

En effet, les entretiens réalisés en Angleterre sont tous marqués par une situation d'échange entre professionnel.le.s. J'ai été majoritairement perçue comme une chercheuse étrangère, et à ce titre experte d'un système sanitaire peu connu pour les praticien.ne.s, et à l'issue de l'entretien, il était très fréquent que les professionnel.le.s manifestent leur curiosité pour la situation française en posant des questions sur les éléments de distinction ou sur mon opinion sur le NHS en tant que Française. Mon accent en langue anglaise peut avoir accentué cette perception, mais il semble aussi que les professionnel.le.s britanniques soient plus habitué.e.s à dialoguer avec des personnes non-médicales, que ce soit par le biais des évaluations régulières dont elles et ils font l'objet, ou par leur participation aux recherches en santé publique. Les entretiens se sont d'ailleurs majoritairement déroulés sur le lieu de travail des enquêté.e.s mais dans des salles qui n'étaient pas dévolues à des consultations médicales, par exemple des salles de réunion ou des bureaux personnels ou partagés. Cette spécificité renvoie aux charges administratives incombant aux professionnel.le.s de santé britanniques, ainsi qu'à l'organisation collective de la médecine dans ce pays⁴⁶, qui justifient l'existence de pièces non dévolues à l'activité clinique dans les cabinets médicaux. Les pratiques institutionnelles du NHS ont ainsi favorisé la perception de ma présence comme relevant d'une enquête en santé publique. J'étais cependant clairement perçue comme extérieure au système du NHS, un certain nombre de réponses commençant par exemple par "*Dans ce pays*", ou "*Je ne sais pas comment cela se passe en France, mais ici...*". Il était également fréquent que les praticien.ne.s cherchent à simplifier mes démarches, en expliquant les spécificités du système de santé, ou en proposant de me mettre en contact avec d'autres personnes ou encore de m'envoyer des documents supplémentaires. La situation d'entretien apparaît ainsi plus proche de la collaboration en Angleterre, ce qui contraste avec les tendances à la réaffirmation de l'expertise professionnelle observées en France.

⁴⁶ Cf. Chapitres 6 et 7

Ces différences de situations d'entretien peuvent elles aussi être incorporées à l'analyse comparative. Nous verrons ainsi qu'elles renvoient aux cultures médicales institutionnelles spécifiques à chaque pays en matière d'interaction médicale⁴⁷.

À l'issue de la conduite des entretiens, plusieurs méthodes d'analyse ont été mobilisées pour l'exploitation des données recueillies.

d. Les méthodes d'analyse

Les entretiens ont duré en moyenne une heure (45 minutes pour le plus court et trois heures pour le plus long), ont fait l'objet d'un enregistrement et ont été intégralement retranscrits. Les retranscriptions ont été soumises à plusieurs procédés d'analyse, en différenciant le groupe des praticien.ne.s britanniques du groupe français.

Premièrement, une analyse de contenu catégorielle a été effectuée selon trois ensembles thématiques que nous avons sélectionnés après en avoir testés une dizaine.

Les pratiques de recommandation contraceptive rapportées par les praticien.ne.s ont été classées en deux sous-ensembles opposés : la proposition d'un large panel de méthodes contraceptives ou celle d'un panel restrictif. Ces catégories ont été évaluées sur la base de la quinzaine de méthodes contraceptives disponibles sur le marché et en fonction de pratiques de restriction de l'accès à certaines méthodes, ou non. Ce découpage a été enrichi par une prise en compte secondaire des méthodes masculines au sein des panels proposés : ces méthodes n'ont pas pu être constituées en critère de classification primaire, du fait de l'absence quasi-totale de recommandation de la vasectomie en France, qui homogénéisait artificiellement des "types" de prescripteur/rice.s, par ailleurs fortement différenciés.

Un deuxième sous-ensemble thématique concerne les représentations de genre des praticien.ne.s, abordées à travers d'une série de questions : les discours portant sur les possibilités d'implication des hommes dans les responsabilités contraceptives d'une part, et les éclairages apportés par les praticien.ne.s à la féminisation actuelle des responsabilités contraceptives d'autre part.

Un troisième sous-ensemble était consacré à la posture professionnelle. Un premier élément d'éclairage était donné par la manière dont les professionnel.le.s appréhendaient la prescription contraceptive, comme relevant d'un choix des usager.e.s ou d'un diagnostic professionnel. Ce sous-ensemble comportait également des mesures d'attitude⁴⁸, au sens de

⁴⁷ Cf. Chapitres 7 et 9

⁴⁸ Une attitude peut être définie comme "une prédisposition, relativement stable et organisée, à réagir sous forme d'opinions (niveau verbal), ou d'actes (niveau comportemental), vis-à-vis d'objets (personnes, idées, événements, choses, etc.) de manière orientée. [...] Une attitude est un noyau, une matrice souvent inconsciente,

l'analyse d'assertion évaluative initialement développée en psychologie sociale (Osgood, Saporita et Nunnally, 1956), visant à caractériser la manière dont les praticien.ne.s appréhendent les usager.e.s et leurs comportements. Nous n'avons pas répliqué le protocole analytique développé par ces auteurs, qui se révèle particulièrement long et contraignant (Bardin, 2007, 208-222), mais nous sommes inspirée de ces principes pour intégrer cette dimension d'attitude à l'analyse. Ces mesures visaient notamment à évaluer le degré d'adhésion des professionnel.le.s à une conception paternaliste de leur métier ou au contraire à un positionnement au service des usager.e.s. Les prises de position relatives à l'encadrement institutionnel des pratiques lorsqu'elles émergeaient, cette question n'appartenant pas en tant que telle au guide d'entretien, ont également été classées dans cette catégorie.

Ces catégories ont été sélectionnées parmi un ensemble de catégories test, parce qu'elles permettaient d'établir des profils types cohérents de prescripteur/rice.

Un second temps de l'analyse après cette classification catégorielle a consisté à établir des fiches "portraits" problématisées, rendant compte des positionnements des praticien.ne.s sur ces trois sous-ensembles thématiques. Dans la mesure où ces catégories avaient été sélectionnées pour leurs correspondances réciproques, un certain type de discours sur la posture professionnelle allant par exemple généralement de pair avec un type de pratiques de recommandation contraceptive, nous avons pu facilement classifier les portraits en trois profils types de prescripteur/rice.

L'analyse par portraits problématisés permet d'établir des correspondances entre des positionnements sur des thématiques diverses. En s'intéressant autant au contenu des discours, qu'à leurs formes et à leurs significations en termes d'attitudes face aux usager.e.s, l'élaboration de ces portraits se rapproche de l'analyse structurale, qui vise la reconstitution des univers de représentations des acteurs, à travers une prise en compte globale de leurs discours : *"les méthodes sémantiques et structurales [...] cherchent à dépasser le contenu manifeste, immédiat du discours et à dégager la structure sémantique profonde qui le sous-tend, l'ensemble des éléments centraux et de leurs interrelations qui caractérisent ce discours. C'est précisément la mise en évidence de ces interrelations, de la manière dont ces éléments sont structurellement reliés que se dégage le sens des discours."* (Piret, Nizet et Bourgeois, 1996, 8).

qui génère (et qui se traduit par) un ensemble de prises de position, de qualifications, de descriptions et de désignations plus ou moins colorées d'évaluation." (Bardin, 2007, 208).

Une typologie a ainsi été établie entre deux profils de prescripteur/rice en France, mais cette catégorisation s'est révélée impossible en Angleterre, où l'ensemble des praticien.ne.s rencontré.e.s appartient à un groupe homogène du point de vue des catégories retenues. Cette limite à la typologie a une dimension heuristique, puisqu'elle peut être resituée dans le contexte institutionnel britannique, qui valorise fortement la standardisation des pratiques.

Ces profils types de prescripteur/rice.s recouvrent donc un ensemble de positionnements vis-à-vis de la pratique prescriptive, du rôle des professionnel.le.s de santé et des enjeux de genre relatifs à la répartition des responsabilités contraceptives. La structuration de ces groupes a été mise en relation avec les éléments de contexte dégagés par la comparaison historique et institutionnelle.

2. Les sources documentaires : sources primaires et productions scientifiques nationales

Une part importante de la comparaison historique et institutionnelle s'est fondée sur des sources documentaires, à la fois primaires et secondaires. Les sources disponibles d'un pays à l'autre se sont souvent révélées de nature ou d'importance différente, ce qui représente à la fois une difficulté fréquente des travaux comparatifs (Green, 2004), et une source d'information supplémentaire sur les contextes étudiés (Boas, 2012).

a. Les sources mobilisées pour la comparaison historique

Concernant la sociohistoire comparée de l'Angleterre et de la France en matière contraceptive, nous avons pu nous appuyer sur un important travail historiographique effectué en France, par des chercheur/ses de disciplines variées, de la sociologie à l'histoire. Cette disponibilité des analyses renvoie à l'importance historique des mouvements sociaux qui ont été nécessaires à la légalisation de la contraception et à la dépénalisation de l'avortement, et à leur inscription dans le mouvement féministe de la deuxième vague. Elle a rendu superflu un travail personnel supplémentaire sur des archives gouvernementales et de presse, déjà largement exploitées par la recherche française. En Angleterre, en revanche, la littérature historique et sociologique disponible nous est apparue beaucoup moins conséquente, ce qui éclaire la moindre conflictualité du contexte de diffusion de la contraception et de légalisation de l'avortement. En effet, la régulation de la fécondité n'a pas fait l'objet d'interdictions légales aussi fortes au Royaume-Uni, et la profession médicale s'est positionnée relativement rapidement en faveur d'une plus grande accessibilité, ce qui a pesé favorablement sur le

débat⁴⁹. La diffusion de la contraception ne s'inscrit pas dans l'histoire des grands mouvements de lutte sociale en Angleterre et seul un petit nombre d'ouvrages de référence lui est consacré (Leathard, 1980 ; Latham, 2002). Afin d'établir une comparaison avec les acteurs français de la légalisation de la contraception, nous avons mobilisé les archives de la Family Planning Association, équivalent britannique du Mouvement Français pour le Planning Familial. Par ailleurs, les professionnel.le.s de santé étant intervenu.e.s de manière précoce et importante dans les débats sociétaux sur les enjeux de régulation de la fécondité, nous avons exploité les archives du *British Medical Journal*, principale publication professionnelle au Royaume-Uni, et plus particulièrement son courrier des lecteur/rices, permettant d'accéder à des prises de position multiples de la part des praticien.ne.s.

Les textes de loi et les comptes-rendus de débats parlementaires ont également été analysés dans les deux pays, afin de rendre compte des termes dans lesquels ces enjeux ont été abordés historiquement, pour chaque décision publique relative à des méthodes de régulation de la fécondité (contraception, prise en charge publique, avortement, stérilisation). Ces sources permettent notamment d'appréhender les processus spécifiques de mise à l'agenda politique et de formulation des problèmes (Brouard *et al.*, 2009), en fonction des enjeux associés aux différentes thématiques discutées, mais aussi des acteurs en présence, susceptibles d'influencer les termes du débat par leurs argumentaires, et en fonction des contextes sociopolitiques de discussion parlementaire, par exemple l'existence ou non de mobilisations sociales en faveur ou opposées à la réforme législative. Cette histoire politique instruit les équilibres politiques et les contextes idéologiques nationaux d'appréhension des problèmes politiques que constituent les méthodes de régulation de la fécondité, lorsque les parlements nationaux sont amenés à légiférer.

b. Les sources de la comparaison institutionnelle

La comparaison institutionnelle s'est appuyée sur une mobilisation d'analyses de seconde main dans les deux pays. Là aussi, l'historiographie disponible s'est révélée nationalement différenciée, notamment du fait des forts investissements publics dans la recherche visant à instruire la décision publique en Angleterre (Baker, 2001). Cette abondante littérature sur le fonctionnement du NHS est à la fois une source de données factuelles, et une production culturelle qui traduit les priorités des politiques publiques sanitaires britanniques et la manière dont les problèmes (et leurs éventuelles solutions) sont définis. En France, les coopérations entre les chercheur/se.s et l'Assurance Maladie sont moins institutionnalisées, mais un certain

⁴⁹ Cf. Chapitres 4 et 5

nombre d'analyses sociologiques a pour objet le fonctionnement du système de soins français. Notre mobilisation de ces sources dépasse la simple synthèse de sources de seconde main. La comparaison est en elle-même susceptible de faire émerger des connaissances nouvelles, en révélant les modalités d'action publique spécifique à chaque pays (Steffen, 2004). L'originalité de notre analyse repose sur la mise en relation d'études monographiques, qui en tant que telles proposent des perspectives nationalo-centrées sur des problématiques diverses. C'est le dialogue entre ces perspectives qui permet de sortir des référentiels nationaux, en s'appuyant sur des points de référence extérieurs. Par exemple, les analyses sociologiques et institutionnelles britanniques apparaissent très critiques du fonctionnement du NHS, mais la comparaison des éléments critiqués avec la situation française souligne une différence de niveau d'exigence entre les deux pays, qui éclaire différemment ces données et ne peut être perçue que dans la comparaison. Resituer les productions scientifiques nationales dans des courants de pensée et dans des pratiques institutionnalisées permet de dépasser la simple synthèse de travaux existants, d'une part en faisant ressortir des éléments de distinction éclairant différemment le contenu de ces productions scientifiques, d'autre part en les considérant elles-mêmes comme des productions culturelles, témoignant de spécificités nationales historiques ou en matière de politiques publiques.

Nous nous sommes également appuyée sur des rapports ministériels, parlementaires et institutionnels. En France, nous avons ainsi mobilisé les rapports produits par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), par la Conférence Nationale de la Santé, ainsi que certains rapports associatifs sur des thématiques pour lesquelles les mobilisations sociales ont joué un rôle dans leur mise à l'agenda, comme par exemple celle des droits des usager.e.s. En Angleterre, nous avons notamment analysé les rapports de la Chambre des Communes et les textes de lois et réglementaires relatifs au fonctionnement du NHS, comme par exemple la Constitution du NHS spécifiant les droits et devoirs des professionnel.le.s comme des usager.e.s., ou encore les textes spécifiant le fonctionnement du paiement à la performance (*Quality and Outcomes Framework*). Enfin, les publications déontologiques dans les deux pays ont été prises en considération, dans la mesure où leur contenu peut parfois se distinguer, ou du moins affiner la compréhension, des dispositions légales nationales en matière de relations entre les soignant.e.s et les usager.e.s.

Afin de contrebalancer la plus grande familiarité du système de soins français liée à notre nationalité, nous avons aussi conduit des entretiens avec des chercheurs britanniques en santé publique, portant sur le fonctionnement institutionnel du NHS.

Le cadre de ce travail documentaire a évolué au fur et à mesure du déroulement des terrains, des interrogations spécifiques pouvant émerger dès lors qu'une meilleure connaissance de base est acquise. Par exemple, la thématique de la démocratie sanitaire, et de l'implication profane dans la gouvernance des systèmes de santé ne faisait pas partie des hypothèses initiales mais elle est apparue comme un indicateur de modalités d'interactions et de rapports de pouvoirs, dès lors que des différences importantes entre les deux pays ont été constatées dans ce domaine.

Qu'il s'agisse des entretiens semi-directifs avec les professionnel.le.s de santé ou des sources documentaires, des dispositifs similaires ont été mis en place dans les deux terrains d'enquête, afin de rendre les données récoltées le plus comparables possible. Une exception à cette similarité des dispositifs est l'exploitation d'enquêtes quantitatives françaises dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. L'enquête Contexte de la Sexualité en France (INSERM-INED, 2006) a été mobilisée comme ressource illustrative dans le cadre théorique de ce travail⁵⁰. Par ailleurs, les données du volet "Médecins" de l'enquête FECOND (INSERM-INED, 2010) ont été utilisées pour contextualiser les résultats français obtenus par entretien, et dans le cadre d'une recherche annexe⁵¹, sans qu'il ait été possible d'accéder à des données similaires pour le contexte britannique.



Le cheminement de la recherche a donc occasionné des redéfinitions successives de ses objets, d'une approche nationale à une approche comparative. Ces redéfinitions se sont accompagnées de l'élaboration progressive d'un cadre méthodologique comparatif, appuyé par l'approche de l'analyse sociétale en termes de contours de l'objet de recherche, et orienté par une ambition de comparabilité des données. Mais la démarche comparative ne s'arrête pas à la définition de l'objet et à la consultation et l'analyse des sources. La rédaction correspond à une mise en forme des données et de l'analyse qui participe à la démarche comparative, en

⁵⁰ Cf. Chapitre 1 Le genre de la contraception en question

⁵¹ Cf. Annexe 10

accordant des places différentes aux similarités et aux contrastes, et par les choix et délections qu'elle suppose (Hassenteufel, 2005 ; Courtin, Lechaux, Roullaud et Woollven, 2012). Une première étape a consisté en la rédaction de monographies intermédiaires, permettant de stabiliser les données collectées pour chaque contexte, et de ne pas tronquer les données par leur limitation à un cadre d'analyse commun aux deux pays (Vigour, 2005, 223-224 ; Béal, 2012). Dans un second temps, le manuscrit a été structuré par les hypothèses comparatives transversales, dont la pertinence a été évaluée à partir de ces monographies intermédiaires. Le plan final est construit sur une division thématique (comparaison historique, institutionnelle, puis des représentations et logiques d'action professionnelles), avec des entrées communes aux deux pays, et des mises en relation constantes tout au long de l'écriture (Gally, 2012).

Une autre dimension importante de l'écriture comparative concerne les questions de vocabulaire et, notamment, la nécessité de prêter attention à des termes difficilement traduisibles parce qu'ils recouvrent des conceptions situées. Par exemple l'expression "famille complète" ou "avoir complété sa famille" est régulièrement employée en Angleterre. On pourrait traduire en français par "avoir eu le nombre d'enfants désirés", mais cette expression ne traduit pas exactement l'idée qu'une famille puisse être considérée "complète". La tradition nataliste française peut contribuer à éclairer l'absence d'équivalent de cette expression anglaise. Nous avons donc choisi de la traduire littéralement avec des explications contextuelles permettant aux lecteur/rices d'en saisir le sens. De même, le terme d'"*accountability*" a une signification particulière pour les fonctionnaires en Angleterre (Moreau, 2009) : nous l'avons traduit par "responsabilité", "imputabilité" ou "devoir rendre des comptes", car il n'existe pas en tant que tel en France, mais nous avons aussi conservé le terme anglais lorsqu'il s'agissait de faire référence au principe d'organisation des services publics. En effet, cette spécificité linguistique est très significative en termes de cultures nationales de service public, et il nous semblait important de rendre compte de la centralité de ce concept sans en dissimuler la spécificité par des traductions variées. Enfin, nous avons également prêté attention aux catégories employées, pour éviter d'appréhender le contexte britannique selon des cadres de pensée centrés sur la France. Par exemple, les termes "praticien.ne.s" ou "professionnel.le.s de santé" sont préférés à celui de "médecins", afin de rendre compte de la multiplicité des professions impliquées en Angleterre, et notamment de la participation des infirmier.e.s à l'offre contraceptive.

De manière plus générale, les choix d'écriture que nous avons faits sont guidés par une volonté inclusive, du point de vue du genre, grâce au langage épïcène, mais aussi grâce au vocable "usager.e.s", plus fréquent dans la littérature britannique mais rarement utilisé en

France. Le fait de parler d'usager.e.s plutôt que de patient.e.s ou de malades renvoie à une conception politique de la médecine comme service public, qui refuse les acceptions hiérarchiques des termes plus traditionnels (Coulter, 2002). En effet, *"Les mots que nous utilisons pour décrire ceux qui recourent à nos services sont, à un certain niveau, des métaphores qui indiquent la manière dont nous les concevons. A un second niveau, ces étiquettes fonctionnent de manière discursive, en construisant à la fois la relation et l'identité de ceux qui y participent, avec des conséquences très concrètes et matérielles."* (McDonald, 2006, 115). Comme le souligne Pierre Lascoumes, le terme "patient" renvoie étymologiquement à *"celui qui souffre et donc demande une aide extérieure à un professionnel"* (Lascoumes, 2003, 130). Ce terme paraît d'autant plus inadapté dans le contexte de cette recherche que, dans la majorité des cas, les personnes souhaitant obtenir une contraception ne consultent pas pour des motifs thérapeutiques, mais pour accéder à des prescriptions ou des actes médicaux pris en charge par le service public. Dans le cadre du financement public de la médecine dans les deux pays, le terme de "client" ne paraît pas non plus décrire de manière adéquate les relations des usager.e.s avec les professionnel.le.s de santé, notamment lorsque l'on considère la régulation des parcours de soins par les autorités sanitaires.

Ces précisions sur la construction théorique de l'objet, sur la cadre méthodologique de la démarche de recherche et sur les notions mobilisées, permettent de rendre compte de la manière dont nous avons choisi d'aborder la question des pratiques contraceptives et de leur genre dans le cadre de ce travail.

Conclusion

La présentation du cadre théorique et méthodologique de l'analyse permet de mettre à jour les choix opérés en matière de démarche scientifique et d'objet de recherche. La féminisation des pratiques contraceptives, en termes d'usages et de représentations, apparaît comme une construction sociale relativement récente, qui constitue une recomposition des normes de genre s'inscrivant à la fois dans la rupture, avec une exclusion progressive des hommes d'un champ dans lequel ils étaient plus impliqués avant la diffusion des méthodes médicales de contraception, et de continuité, la responsabilité contraceptive étant venue s'ajouter à d'autres pratiques sociales traditionnellement attribuées aux femmes, avec une apparence d'évidence naturelle ou du moins d'héritage historique. Afin d'analyser plus finement les modalités de cette recomposition des normes de genre en matière contraceptive, nous avons choisi de nous intéresser particulièrement au rôle des prescripteur/rice.s médicaux.

En effet, la régulation de la fécondité a basculé dans le domaine médical, en Angleterre comme en France, avec l'élaboration de méthodes efficaces nécessitant un geste médical, ou, pour le cas de la pilule hormonale, dont la légalisation a été conditionnée à un encadrement médical. Le rôle de l'institution médicale, et de l'interaction menant à la prescription, dans la définition des normes d'usage contraceptives, a été relativement peu étudié, la plupart des enquêtes démographiques et épidémiologiques se focalisant traditionnellement sur les usager.e.s, et particulièrement les usagères. L'objet de cette recherche est donc d'analyser dans quelle mesure les professionnel.le.s de santé peuvent jouer un rôle dans la délimitation des usages contraceptifs légitimes.

Cette analyse s'appuie sur une démarche comparative, permettant de mettre en parallèle des pratiques professionnelles dans des pays où les usages contraceptifs sont très différenciés du point de vue du genre. Initialement pensée comme un point d'éclairage vis-à-vis des pratiques française, la réalisation du terrain d'enquête en Angleterre a occasionné une réorientation de la démarche de recherche vers une démarche pleinement comparative, donnant un poids égal à chaque terrain. Ce travail compare les représentations et les pratiques des praticien.ne.s de part et d'autre de la Manche, afin d'éclairer les taux de recours différentiels aux méthodes masculines de contraception d'un pays à l'autre. Mais l'équivalence des pratiques professionnelles ne peut être postulée dans des espaces culturels contrastés. Les représentations nationales de la contraception, mais aussi l'organisation institutionnelle de la mise à disposition médicalisée des méthodes contraceptives, sont donc

devenues des objets d'étude à part entière, permettant de contextualiser de manière détaillée les pratiques professionnelles.

La restitution de cette analyse a été organisée en trois parties correspondant aux trois objets de la comparaison internationale : nous nous intéresserons dans un premier temps aux évolutions historiques de l'appréhension politique des pratiques contraceptives, afin de caractériser des cultures nationales, politiques mais aussi institutionnelles, en matière de contraception. Nous verrons ensuite les logiques culturelles et politiques influençant la mise en place de systèmes de santé très différents de part de d'autre de la Manche, et leurs conséquences sur les conditions matérielles et normatives de l'exercice de la médecine. Enfin, une dernière partie est consacrée à la comparaison des représentations et pratiques des professionnel.le.s de santé en matière de contraception.

Deuxième partie :

**La contraception en héritage : le poids des cultures nationales
historiques en matière de régulation de la fécondité**

Le libre exercice de la sexualité humaine hétérosexuelle est soumis à l'accès aux moyens d'empêcher ses conséquences physiologiques procréatives. La manière dont l'État organise cette accessibilité, en termes de droit et de dispositions institutionnelles, témoigne d'une position politique nationale vis-à-vis de la liberté sexuelle individuelle. Comprendre les choix des individus en termes de régulation de la fécondité, notamment en termes de méthodes masculines ou féminines de contraception, implique de resituer ces décisions dans leur contexte institutionnel et politique, contexte qui peut apparaître comme nationalement spécifique dans le cadre d'une comparaison internationale. L'analyse de ces contextes revient à une caractérisation de cultures étatiques en matière de libertés individuelles.

La comparaison de l'histoire de la France et de l'Angleterre permet de prendre en compte les contextes politiques et idéologiques dans lesquels la réglementation et l'organisation de l'accès à l'autonomie reproductive se sont développées. Étudier l'histoire des mouvements militant pour l'accès à la contraception et à l'avortement et leur réception politique donne accès à la construction de cultures nationales en matière de liberté reproductive, en prenant en compte les représentations des acteurs en présence. Par ailleurs, le retour historique permet de resituer les lois qui régissent aujourd'hui encore l'accès des individus aux moyens de leur autonomie corporelle et reproductive. La construction de ces lois, ce qui a déterminé leur mise à l'agenda politique et les arguments avec lesquels opposant.e.s et adjuvant.e.s sont intervenu.e.s, sont autant de marqueurs d'une appréhension nationale de ces questions, dont l'analyse permet de replacer les dispositions actuelles du droit des deux pays dans un temps long (Chapitre 4).

Dans la mesure où la légalisation et la diffusion des méthodes de régulation de la fécondité sont, dans les deux pays, passées par des processus de médicalisation de ces enjeux, la profession médicale représente un acteur important dans ces débats et décisions publiques. À travers les prises de position des médecins et de leurs instances représentatives, mais aussi à travers les pratiques cliniques parfois réalisées en décalage avec la loi, les médecins contribuent à définir les normes de pratiques et les termes des débats politiques précédant la libéralisation de la contraception. La médicalisation des enjeux de régulation de la fécondité a également pour conséquence que les professionnel.le.s de santé deviennent les interlocuteur.rice.s principaux des usager.e.s sur ces questions. L'accès aux méthodes de contraception passe ainsi par une interaction avec les médecins, leurs représentations, leurs connaissances et leurs discours. Le chapitre 5 est consacré aux cultures médicales nationalement spécifiques qui se dessinent à travers les attitudes historiques et actuelles des professionnel.le.s de santé. Les exemples de l'avortement et de la stérilisation contraceptive

volontaire permettent de mettre en lumière des cultures institutionnelles très différentes d'un pays à l'autre, qu'il s'agisse du principe même de la régulation des naissances, ou de la question de l'autonomie procréative accordée aux individus.

Cette comparaison historique s'appuie d'une part sur une synthèse des travaux historiques portant sur les appréhensions politiques de la démographie et de la régulation des naissances. En France, les études historiques, juridiques et sociologiques sur les mouvements militant pour la libéralisation de la contraception et de l'avortement, et sur le basculement juridique qui a mis un terme à l'interdiction formelle qui caractérisait ces enjeux, sont nombreuses (Ferrand et Jaspard, 1987 ; Mossuz-Lavau, 2002 ; Bard et Mossuz-Lavau, 2006 ; Friedmann, 2006 ; Bajos et Ferrand, 2011 ; Pavard, 2012b). Nous avons choisi de ne pas revenir de manière détaillée sur des éléments déjà bien documentés, et de nous concentrer sur ce qui distingue les situations française et britannique. En Angleterre en revanche, la littérature sur le sujet est relativement limitée, ce qui peut être interprété comme un élément révélateur d'une histoire moins conflictuelle. Nous avons ainsi appuyé nos recherches sur des documents d'archives, qu'il s'agisse de textes de lois, de rapports et documents de communication de la *Family Planning Association*, ou d'autres organisations militant pour la régulation de la fécondité comme l'*Abortion Law Reform Association* ou le *Simon Population Trust*. Nous avons également mobilisé des archives de presse médicale, et particulièrement celles du *British Medical Journal*, afin de caractériser les débats au sein de la profession médicale. Pour les deux pays, les sources de première main utilisées (textes de lois, rapports ministériels et associatifs, articles de presse) sont référencées en note de bas de page, tandis que les ouvrages scientifiques font l'objet d'un référencement classique.

Chapitre 4 :

Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives

Avant d'être appréhendées en termes de santé et de droits individuels⁵², les pratiques contraceptives ont émergé sur les agendas politiques des gouvernements français et britannique du fait de leurs conséquences sur les dynamiques démographiques nationales. Les pays européens ont en effet connu une baisse de la natalité entre le XVIII^e siècle et le début du XX^e siècle (Coale et Watkins, 1986), baisse qui a amené les élites intellectuelles et les responsables politiques à s'interroger sur l'avenir démographique et politique de leurs nations. Le lien entre cette baisse de la natalité et les pratiques anticonceptionnelles et abortives adoptées de manière croissante par les couples (Haines, 1989) a poussé ces acteurs à se positionner vis-à-vis de pratiques qui relevaient auparavant du domaine de l'intime.

En France et en Angleterre, cette évolution démographique s'est produite dans des temporalités et des proportions différentes, la France étant particulièrement précoce parmi les pays européens à connaître une baisse de la natalité sur son territoire. Ces expériences nationales différentes d'un phénomène comparable, mais aussi les courants de pensée dominants, les acteurs en présence et leurs influence sur le débat politique ont donné lieu au développement de cadres d'analyse spécifiques à chaque pays. Les pratiques de régulation des naissances ont été associées à des enjeux et à des conséquences différentes de part et d'autre de la Manche. Le retour sur ces débats, sur les jeux d'acteurs autour de la définition des problèmes et de leurs solutions, les argumentaires mobilisés et les décisions publiques qui ont suivi permettent de resituer les politiques publiques contraceptives dans un temps long, à partir de leur politisation initiale. Ces débats et leurs traductions législatives ont posé les premiers jalons de cultures nationales différenciées en matière de contraception.

À partir des années 1960, l'évolution des mœurs et les avancées technologiques, avec notamment l'élaboration de la pilule hormonale, donnent lieu à de nouveaux débats et à de nouvelles mesures publiques. Dans les deux pays, l'accès à la contraception est progressivement médicalisé et pris en charge dans le cadre de systèmes de santé nationaux. Mais le cadre d'analyse initial de ces enjeux a durablement influencé la manière dont la

⁵² Organisation Mondiale de la Santé, *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, Genève, 28-31 janvier 2002

diffusion de la contraception a été accompagnée, encouragée ou tolérée, par les gouvernements britanniques et français. Cette influence est perceptible dans les spécificités nationales actuelles de l'offre contraceptive de part et d'autre de la Manche et traduisent la permanence de cultures nationales en matière de régulation de la fécondité et d'autonomie procréative individuelle.

I. Du natalisme français au *birth control* britannique : des choix politiques contrastés face aux tendances démographiques

Les pays européens connaissent au tournant du XXe siècle un bouleversement démographique d'envergure avec une baisse importante de la natalité sur leur territoire. Si la plupart des pays européens expérimentent cette évolution entre 1870 et 1910, la France vit une transition précoce dès le XVIIIe siècle. Cette précocité, constatée dès le XIXe siècle, génère des inquiétudes quant à l'avenir de la nation, notamment dans un contexte de forte conflictualité européenne. Un consensus politique se forme alors autour de la nécessité d'encourager les naissances et donc de limiter les possibilités individuelles de régulation de la fécondité. En Angleterre, les taux de natalité ne commencent à décliner qu'à partir de la moitié du XIXe siècle. Cette baisse est analysée sous l'angle des classes sociales, et la perception de la fécondité différentielle des différents groupes sociaux inspire une position plus mitigée sur la limitation des naissances. Ces différences donnent lieu à des réactions politiques contrastées vis-à-vis des mouvements politiques prônant l'accès à des moyens de limiter les naissances, qu'il s'agisse du néomalthusianisme ou du mouvement du *birth control*.

1. La contraception comme menace pour la nation : le développement d'une tradition nataliste française

La précocité de l'adoption de comportements contraceptifs et abortifs en France conduit à une baisse de la natalité plus installée lorsque les premières analyses démographiques, au cours du XIXe siècle, documentent les dynamiques de population françaises. La prise de conscience de cette spécificité nationale donne lieu à des inquiétudes politiques quant à l'avenir de la nation. Le « problème de population » de la France, tel qu'il est abordé à partir du XIXe siècle, est compris comme un problème de natalité, et plusieurs solutions sont envisagées, de l'encouragement des naissances à la répression des pratiques contraceptives et abortives. Cette période voit se former une culture nataliste face au déclin de la fécondité, qui

se traduit par la mise en place d'un arsenal juridique punissant le recours à l'avortement et l'information contraceptive.

a. *Le problème de la dépopulation française*

La situation démographique française est caractérisée par une certaine précocité dans la baisse de la natalité constatée au niveau européen. Ainsi, si la population française constitue près de 15 % de la population européenne en 1800, elle ne représente en 1900 plus que 9,6 % de ce même ensemble (Dupaquier et Lachiver, 1969). Les causes de cette précocité n'ont été que partiellement élucidées par les analyses historiques (Sauvy, 1960 ; Ariès, 1960 ; Boyer et Richard, 1975 ; Dupâquier, 1978 ; Bardet et Dupâquier, 1986), mais cette évolution influence l'action publique dès la fin du XIXe siècle. En effet, elle est rendue visible par le développement de la statistique d'État sous l'ère napoléonienne, et par la progressive institutionnalisation d'une nouvelle discipline scientifique : la démographie. Cette institutionnalisation s'appuie notamment sur la politisation d'un problème perçu grâce à ses travaux et conceptualisé sous le terme de dépopulation. Cette perspective est développée par Louis Adolphe Bertillon, puis par son fils Jacques Bertillon, qui mobilisent un réseau d'intellectuels, composé de statisticiens et de médecins, autour d'une conception de la baisse de natalité comme menaçant l'avenir de la nation (Dupâquier, 1984). La perception statistique d'une natalité en baisse, ainsi que la succession d'années pour lesquelles le nombre de morts supplante le nombre de naissances (1890, 1892, 1895, 1900, 1907) (Dupâquier, 1988), contribuent à la définition du problème de dépopulation comme relevant d'une trop faible natalité. Afin de défendre leur perspective auprès des responsables politiques, Jacques Bertillon crée, en 1886, l'*Alliance Nationale pour l'Accroissement de la Population Française*. Cette perspective centrée sur la natalité se heurte aux représentations hygiénistes de l'action publique, qui dominent les premières décennies de la IIIe République.

En effet, la perspective dominante en matière de politiques publiques est marquée, dans la deuxième moitié du XIXe siècle, par une idéologie de progrès social par l'hygiène, conduisant à une série de mesures sanitaires portant sur la santé des populations comme sur la salubrité des habitats (Ellis, 1990 ; Bourdelais, 1997). Les médecins sont fortement mobilisés dans les sphères politiques. Leur profession est largement représentée parmi les élus de la République et ils influencent l'appréhension des problèmes sociaux en termes médicaux. L'Académie de Médecine, fondée en 1820, est régulièrement sollicitée pour se prononcer sur les solutions à apporter à des problèmes sociaux et fait autorité en matière médicale (Weisz, 1995). Plus généralement, il y a entre la pensée républicaine du progrès et le positivisme

médical, une proximité idéologique qui favorise la collaboration entre les deux mondes (Harris, 1989 ; Ellis, 1990). Ainsi l'appréhension dominante du problème de la population, au moment où Jacques Bertillon tente de défendre sa thèse nataliste, est une perspective centrée sur la lutte contre la mortalité, notamment infantile, à l'aide de mesures hygiénistes diverses : assainissement des villes, lutte contre les maladies vénériennes, mais aussi encouragement du contrôle médical sur la naissance, avec le développement de la gynécologie obstétrique (Knibiehler et Marand-Fouquet, 1983).

La vision de Jacques Bertillon entre en opposition avec celle mise en avant par les médecins hygiénistes, tant du point de vue des causes du problème de population (natalité d'une part, conditions de vie d'autre part) que des solutions à lui apporter. La défense d'une position nataliste plutôt que la lutte contre la mortalité suppose ainsi la disqualification de la perspective majoritaire, portée par ces médecins. En 1880, Jacques Bertillon publie *Statistique humaine de la France*, dans lequel il développe des arguments natalistes, attribuant le problème de dépopulation à une trop faible natalité, discréditant la thèse de la surmortalité en démontrant que la France se situe dans la moyenne européenne, et prônant un encouragement politique des naissances par des réformes, notamment fiscales. Sa disqualification de la thèse de la surmortalité passe par l'attaque de cette perspective comme insuffisante et comme intéressée : les médecins chercheraient à défendre leur domaine de compétences alors que les mesures proposées ne peuvent suffire à rétablir le capital humain de la France⁵³. Cette opposition entre perspectives médicale et démographique sur la dépopulation trouve un point d'alignement avec une focalisation sur l'avortement, progressivement appréhendé comme une cible privilégiée d'action publique dans la dernière décennie du XIXe siècle.

Jusqu'en 1890, l'avortement n'est pas perçu comme cause de dénatalité. Selon l'historien Fabrice Cahen, l'absence d'évocation de ce problème peut être interprété comme provenant de réticences à évoquer une dimension intime et comme l'exclusion d'un phénomène pensé comme "féminin" de la pensée démographique (Cahen, 2011). Jacques Bertillon est ainsi convaincu que les mesures natalistes doivent s'adresser aux hommes, car ce sont eux qui déterminent la natalité des familles, les femmes n'ayant pas de capacité décisionnelle en la matière (Pedersen, 1996). Mais cette absence d'évocation de l'avortement est aussi liée à la difficulté d'obtenir des données fiables sur ce phénomène et d'en prendre la mesure. L'avortement est interdit en France selon le Code civil de 1810, et est généralement appréhendé comme le fait d'une minorité de femmes à la moralité contestable. Alors que la

⁵³ Jacques Bertillon, *La statistique humaine de la France: naissance, mariage, mort*, Baillière, Paris, 1880

dépopulation devient un problème politique de moins en moins contesté, les cliniciens membres de l'Académie font le constat commun d'une augmentation des avortements dont ils doivent prendre en charge les suites. La nécessité de s'appuyer sur des statistiques dans le cadre d'une discussion à l'Académie mène à plusieurs tentatives de quantification du phénomène : il s'agit pour les obstétriciens de montrer une augmentation importante du phénomène, mettant notamment en danger les conditions de leur travail et sa fonction première, c'est-à-dire la naissance. Mais les démographes participent également à cet intérêt nouveau pour le phénomène en mobilisant des médecins pour établir des données, ce qui aboutit à des publications sur le sujet dans le bulletin de l'*Alliance Nationale contre la Dépopulation* en 1901. La première décennie du XXe siècle voit ainsi plusieurs acteurs, comme l'*Alliance Nationale contre la Dépopulation*, mais aussi la *Ligue contre la mortalité infantile*, et des obstétriciens, collaborer et mutualiser leurs données, contribuant à la définition de l'avortement comme un phénomène de masse auquel la dépopulation française peut être imputée. La lutte contre l'avortement devient ainsi le point de jonction entre les positions nataliste et anti-mortalité : les solutions proposées (rétablissement du tour⁵⁴, aide financière aux mères) s'inscrivent dans la lignée de la lutte contre la mortalité infantile telle qu'elle est traditionnellement abordée par les médecins. Par ailleurs, le phénomène peut être appréhendé en termes de "naissances manquantes" dans la perspective démographique, qui intègre ainsi un élément jusqu'alors ignoré. Par opposition aux pratiques contraceptives, jusqu'alors considérées comme cause principale de dépopulation par Jacques Bertillon, l'avortement apparaît comme un phénomène plus mesurable (bien que les tentatives de mesure statistique apparaissent peu solides) et sur lequel il est plus facile d'intervenir, notamment par la voie légale. Cette convergence de perspectives scientifiques conduit à une progressive mise en avant de l'avortement et, dans le même mouvement, des conceptions natalistes des problèmes de population. En 1902, une commission parlementaire spécifique sur la dépopulation est mise en place et l'avortement y est décrit, à grand renfort de statistiques, comme un fléau et une épidémie. Comme le souligne Fabrice Cahen : "*La rencontre entre les thématiques de l'avortement et de la dépopulation a été rendue possible par des relations de coopération entre des acteurs sociaux qui étaient interdépendants tout en poursuivant des intérêts, des approches et des buts différents. Le point nodal de cette rencontre a été la construction sociale de l'avortement comme un phénomène de grande ampleur et comme une maladie sociale en expansion.*" (Cahen, 2009, 34) Cette coopération

⁵⁴ Le tour était un système anonyme permettant de confier un nouveau-né à l'Assistance Publique, par le biais de tourniquets aménagés dans les murs d'enceinte des hôpitaux.

contribue à la progressive domination de ces perspectives natalistes, et à un consensus sur les solutions à apporter au problème de la dépopulation.

b. Un consensus national sur la nécessité d'encourager la natalité

Les démographes et les médecins parviennent à forger une perspective commune sur la population en se focalisant sur la lutte contre l'avortement et l'encouragement des naissances. Dans le contexte français, cette perspective s'impose d'autant plus facilement au niveau politique qu'elle ne rencontre qu'une opposition modérée du mouvement néomalthusien français, et ne suscite pas de réaction de la part des mouvements féministes. Elle se concrétise par l'adoption d'une législation répressive vis-à-vis des moyens de régulation de la fécondité en 1920.

○ *Le féminisme français sous la IIIe République : une valorisation stratégique de la maternité*

La perception politique du problème de la dépopulation et les solutions natalistes proposées rencontrent peu d'opposition politique. Les débats qui ont lieu entre scientifiques s'attachent à la définition du problème, des acteurs pertinents pour l'évaluer et y remédier, et du type d'action publique à engager. La lutte contre les pratiques anticonceptionnelles, si elle a été perçue *a posteriori* comme une limitation de l'autonomie des femmes (Bretin, 1992 ; Mossuz-Lavau, 2002 ; Pavard, 2012b), n'est pas perçue comme telle sous la IIIe République et est soit ignorée, soit adoptée par les mouvements féministes français. En effet, les penseuses féministes s'appuient dans leur majorité sur la glorification politique du rôle de mère pour chercher à obtenir des droits et des politiques publiques visant à l'amélioration des conditions de vie des femmes.

La société française de la IIIe République est marquée par la naturalisation des différences entre les sexes. Elle a vécu une succession d'épisodes révolutionnaires bouleversant les fondements des hiérarchies sociales et politiques, en 1789, 1830, 1848 et 1870. Les femmes ont tenté d'obtenir des droits et des statuts égalitaires lors de ces révolutions, sans parvenir à établir le principe de l'égalité entre les sexes. Le renforcement de l'assignation des femmes à un rôle domestique apparaît comme un garde-fou permettant de maintenir une cohésion sociale malmenée par ces événements politiques. La naturalisation des différences entre hommes et femmes contribue à la construction de compétences essentialisées et à la valorisation du rôle de mère, érigé en devoir patriote (Laqueur, 1992). Dans la consolidation de la République, le rôle des femmes est de garantir la natalité de la

nation et de participer à l'éducation morale de futurs républicains (Landes, 1988 ; Accampo, Fuchs et Stewart, 1995).

La majorité des militantes féministes actives au tournant du siècle inscrivent leur combat dans cette perspective différentialiste, affirmant la complémentarité des sexes et la nécessité d'une revalorisation du rôle de mère à travers des politiques d'aide et la réforme de certaines dispositions légales (Offen, 1984 ; Klejman et Rochefort, 1989 ; Koven et Michel, 1990). Les luttes féministes se construisent dans le soutien au républicanisme et l'alliance avec certains députés et penseurs qui adhèrent à ces représentations de femmes à protéger (Pedersen, 1996). Elles demandent notamment la protection des mères non-mariées et des enfants illégitimes, la responsabilisation des pères, mais aussi des possibilités pour les femmes de gérer elles-mêmes leurs revenus, en mettant en avant leur plus grande capacité que les hommes à les mobiliser pour le soin aux enfants. Cette perspective fait appel au paternalisme politique, déjà sensible dans l'appréhension par les parlementaires du travail des femmes, limité en 1892 aux horaires de jour, pour protéger la santé des mères, mais aussi limiter leur place dans l'économie (Perrot et Fraisse, 1991). L'image de femmes nécessitant une protection particulière en tant que mères se révèle politiquement viable, parce qu'elle ne remet pas en cause la division sexuelle de la société, et plusieurs mesures sont adoptées, comme le droit des femmes à disposer de leurs revenus en 1907 (Rochefort, 1998) ou le rétablissement de la possibilité des recherches en paternité, pour établir une filiation, en 1912.

La politisation du problème de dépopulation de la France représente, dans ce contexte, une opportunité politique. La majorité des organisations féministes tentent de démontrer le rôle des femmes dans les décisions reproductives, afin de défendre des solutions améliorant les conditions de vie des femmes. L'activiste Maria Deraismes, fondatrice de l'*Association pour le droit des femmes*, prône une compréhension du problème de dépopulation, non pas en termes de décadence morale ou de manque d'incitation des pères de famille, mais comme une conséquence du statut légal inférieur des femmes et de l'absence de protection dont elles et leurs enfants pâtissent. Elle défend la possibilité des procès en paternité, la réduction de l'autorité paternelle et l'égalité des sexes devant la loi comme conditions d'une reprise de la natalité, par exemple dans son discours "De la Dépopulation", tenu en 1893 devant la *Société de l'Allaitement Maternel et des refuges ouvriers pour les femmes enceintes* (Offen, 1984). C'est à travers la mise en avant de leur rôle de mère, compris en termes biologiques et sociaux, que les féministes tentent d'obtenir des réformes politiques, et non dans l'affirmation de leur autonomie corporelle ou de droits individuels. Cette adhésion, qu'elle soit stratégique ou réelle, à la pensée de la maternité comme patriotisme féminin, conduit certaines féministes

à soutenir les initiatives natalistes et éloigne la pensée de la régulation des naissances comme facteur d'émancipation⁵⁵ (Ronsin, 1980).

○ *L'échec politique du mouvement néomalthusien*

La seule opposition politique que rencontre la posture nataliste est celle du mouvement néomalthusien. Né en Angleterre dans la première moitié du XIXe siècle, ce courant s'inspire de la thèse de l'économiste Thomas Malthus sur la surpopulation comme danger pour l'espèce humaine. Si Malthus, qui s'appuyait sur le constat de l'explosion démographique corollaire de la révolution industrielle, préconisait la retenue morale pour éviter cette surpopulation et son rééquilibrage "mécanique" par de douloureux épisodes de guerre et de famine, les néomalthusien.ne.s ont adopté le contrôle des naissances comme solution préférable. La limitation des naissances est pensée comme le moyen d'éradiquer la pauvreté et la maladie en évitant la surpopulation, notamment dans les milieux populaires qui sont la cible principale de leur propagande. Le principal défenseur de ces idées en France est Paul Robin, qui en a pris connaissance lors de séjours à Londres et s'attache, à partir de 1894, à faire connaître les principes et les moyens du néomalthusianisme. Il fonde en 1896, la *Ligue de la Régénération Humaine*, en réponse à l'*Alliance Nationale pour l'Accroissement de la Population Française* de Jacques Bertillon. Le nom de cette ligue témoigne des accointances entre néomalthusianisme et eugénisme : à travers les pratiques de régulation des naissances, c'est une opposition entre "quantité" et "qualité" des naissances qui est mise en avant. Une procréation régulée, améliorée scientifiquement, permettrait de faire correspondre les naissances aux ressources matérielles et sociales existantes, et de créer une nouvelle harmonie sociale, libérée de la dégénérescence causée par une procréation non contrôlée (Drouard, 1992).

Les néomalthusien.ne.s français.es développent une rhétorique assimilant la constitution de familles nombreuses à des comportements animaux, et notamment à du "lapinisme", la limitation des naissances étant par opposition érigée en comportement civilisé et responsable. La diffusion de leurs idées passe par la publication d'ouvrages et de journaux, notamment l'organe de la ligue, *Régénération*, et l'organisation de conférences, qui visent la défense politique de leur thèse, mais surtout l'éducation populaire. L'objectif est d'améliorer les connaissances des individus sur leurs corps et sur les moyens techniques d'une gestion raisonnable de leur fécondité. La propagande va d'ailleurs de pair avec la vente de produits

⁵⁵ Certaines féministes, minoritaires, sont au contraire néo-malthusiennes, comme Nelly Roussel ou Madeleine Pelletier.

contraceptifs. Ces prises de positions et actions militantes rencontrent de nombreuses oppositions politiques, notamment de la part des natalistes, qui craignent l'impact de ces campagnes sur la natalité, et parviennent à faire condamner un certain nombre d'activistes, comme Paul Robin ou Eugène Humbert, à des amendes ou des peines de prison pour "obscénité" ou "pornographie".

Si le discours et les actions néomalthusiennes apparaissent précurseurs des débats sur l'autonomie corporelle des femmes et le droit des couples à une fécondité choisie, il ne s'agit pas, au début du siècle, de défendre une posture individualiste, mais une nouvelle façon de faire société, dont la diffusion reste limitée. L'opposition politique, mais aussi les réticences de la population, témoignent de la faible adéquation entre la rhétorique positiviste néomalthusienne et la société française de la IIIe République. Ils se heurtent notamment aux rôles de sexe profondément ancrés dans les représentations françaises. Les méthodes anticonceptionnelles promues et vendues par les néomalthusiens visent majoritairement les femmes, et les activistes s'étonnent et se plaignent du manque d'enthousiasme rencontré chez ses dernières. Les femmes ne paraissent venir se renseigner que sous la pression de leurs maris, et font preuve de très peu d'intérêt pour le fonctionnement de leur corps et les techniques de contraception disponibles (Accampo, 2003). Il apparaît qu'elles sont gênées par les manipulations génitales que supposent certaines des méthodes proposées, et que cette prise en charge féminine de la contraception contrevient trop fortement à la manière dont sont pensés les rôles de genre. Le travail d'Elinor Accampo met ces réticences féminines en perspective des pratiques de régulation de la fertilité qui ont donné lieu à la baisse de la fécondité française. En effet, la limitation des naissances s'appuie sur le recours au retrait, pratique initiée et effectuée par les hommes plutôt que par les femmes, qui elles recourent à l'avortement en cas d'échec du coït interrompu et ce, parfois, à l'insu de leur partenaire (McLaren, 1983, 1992 ; Adler, 1983 ; Sohn, 1996). La limitation des naissances telle qu'elle est pratiquée au XIXe siècle paraît obéir à une répartition sexuée des tâches : aux hommes la contraception, dans le cadre de la sexualité, aux femmes, l'avortement, souvent vécu comme une problématique féminine. Adopter des pratiques anticonceptionnelles féminines contrevient à cette culture contraceptive sexuée, ainsi qu'aux représentations dominantes du corps et de la sexualité.

Il est relativement difficile d'évaluer l'impact de ces mobilisations néomalthusiennes sur les pratiques des individus, mais elles contribuent à cristalliser les positions natalistes en incarnant un danger politique potentiellement en expansion. La loi de 1920 les vise

explicitement, témoignant d'une appréhension du problème de dépopulation en lien avec ces actions militantes, et porte un coup fatal au mouvement.

○ *La loi de 1920*

La prise en compte, dans les sphères politiques, de la dépopulation comme problème national est perceptible notamment avec la création d'une Commission extraparlamentaire sur la dépopulation, nommée en 1902 par Pierre Waldeck-Rousseau, avec la mission de définir les contours du problème et les solutions à y apporter. La composition de cette commission montre la victoire idéologique des démographes et des médecins : ils s'imposent comme acteurs pertinents et constituent plus de la moitié des membres. Seul un sympathisant néomalthusien est présent et aucune femme ne participe aux débats (Pedersen, 1996). Malgré cette homogénéité, deux tendances politiques s'opposent sur la manière de faire face à la dépopulation. La première proposition de loi est élaborée par le médecin Odilon-Marc Lannelongue. Elle reflète une posture patriarcale, dans la droite lignée des propositions de Jacques Bertillon, visant l'incitation à la natalité auprès des pères de familles. Il envisage notamment des mesures coercitives pour les célibataires, dont un service militaire supplémentaire et l'interdiction d'accéder au fonctionnariat, et des incitations financières pour les pères de famille nombreuse. À la mort de Lannelongue en 1911, le projet est confié à Paul Strauss qui, s'il conserve l'appellation initiale du projet, en transforme le contenu vers une posture plus solidariste, en se focalisant sur les femmes. Mais le projet contient peu de propositions d'amélioration des conditions de vie des femmes, et insiste plutôt sur la nécessité de prohiber l'information contraceptive et d'encadrer médicalement les femmes, pour lutter contre l'avortement. Ces transformations signalent la victoire d'une perspective médicale sur les arguments démographiques, mais aussi l'abandon des incitations pour ne garder que des mesures coercitives. L'absence de consensus au Sénat, notamment sur les obligations et responsabilités des médecins, retarde l'adoption du projet. C'est finalement en 1920 que le député Edouard Ignace dépose à la Chambre des députés une version écourtée du projet, qui se résume aux articles interdisant la "propagande contraceptive".

La fin de la Première Guerre mondiale s'avère un contexte favorable à ces changements législatifs. D'une part, l'anticléricisme du début de la III^e République perd en intensité, ce qui se traduit notamment par le rétablissement des relations diplomatiques avec le Vatican. L'opposition papale à toute forme de régulation des naissances acquiert ainsi une plus grande influence sur le débat parlementaire. D'autre part, la guerre a causé plus d'un million de morts, ce qui exacerbe les craintes liées à la dépopulation. Le député Édouard Ignace oppose

d'ailleurs les sacrifiés de la guerre à ceux qui font leur profit des avortements dans son discours à la chambre des députés (Pedersen, 1996, 690). De plus, la prise en charge de métiers et fonctions traditionnellement masculines par des femmes, du fait de la mobilisation militaire des hommes, est perçue comme une menace de la hiérarchie sociale sexuée par certains conservateurs. La proposition d'Ignace rencontre un accueil très favorable et est adoptée à 521 voix contre 55. La recomposition politique d'après-guerre, ainsi que la suppression des mesures annexes et des débats opposant les perspectives patriarcales et de santé maternelle, permettent de trouver un consensus large autour de la prohibition de l'information contraceptive et de l'aggravation de la pénalisation de l'avortement. L'interdiction de diffuser des informations vise explicitement le mouvement néomalthusien, qui ne résiste pas à cette offensive.

La perspective commune sur les problèmes de population, défendue par les démographes et les médecins, rencontre ainsi relativement peu de résistances et parvient à s'imposer dans les sphères décisionnelles. La loi répressive de 1920 signe la victoire d'une appréhension médicale du problème de dépopulation et la défaite des néomalthusien.ne.s et des approches féministes, avec la disparition des mesures incitatives. La culture nataliste consacrée par ces événements se prolonge dans les années 1930 et sous le gouvernement de Vichy, qui durcit la répression de l'avortement en intégrant la peine capitale au dispositif coercitif. Ce n'est que dans les années 1960 que les militant.e.s de la planification familiale développent des pratiques et des revendications qui convoquent un nouveau débat et débouchent sur des changements législatifs. Mais les deux premiers tiers du XXe siècle sont marqués par une culture française nataliste, concrétisée par une loi très répressive au regard du contexte européen (Glass, 1966), qui si elle est sans effet sur la natalité qui continue de baisser après 1920 (McLaren, 1983), influence durablement l'appréhension politique de la question contraceptive. Les inquiétudes à l'origine de cette répression sont éloignées des préoccupations politiques britanniques à la fin du XIXe et au début du XXe siècle, du fait d'un contexte géographique et intellectuel différent.

2. De l'eugénisme au maternalisme : l'émergence du *birth control* en Angleterre

L'origine britannique du néomalthusianisme pourrait prêter à penser que son influence à été plus importante dans le contexte politique du Royaume-Uni. Si ce mouvement est plus médiatisé outre-Manche qu'en France, au point que la baisse de la natalité britannique à partir de la fin du XIXe siècle lui a été (à tort) attribuée (Soloway, 1990), il fait l'objet d'une forte répression pour "amoralité" et ne bénéficie pas d'une audience particulièrement importante

dans les sphères politiques et décisionnelles (Banks et Banks, 1954 ; Micklewright, 1961). En revanche, les débats portant sur les questions démographiques dans la première moitié du XXe siècle sont marqués par l'influence intellectuelle de l'eugénisme, mouvement de pensée qui se développe à partir des années 1860, et qui participe à une appréhension de la régulation des naissances moins défavorable qu'en France. Cette perspective eugéniste sur les dynamiques démographiques, conjuguée à des préoccupations politiques pour la santé maternelle, autorise le développement du mouvement de promotion du *birth control* et d'une offre contraceptive sur le sol britannique dès les années 1920.

a. *L'influence de l'eugénisme sur la perception britannique des dynamiques démographiques*

Le développement de la pensée eugéniste s'inscrit dans un contexte intellectuel spécifique, relatif à la diffusion des thèses darwinistes sur la sélection naturelle. Au tournant du siècle, une série de publications tentent d'appliquer les principes de l'évolution à l'espèce humaine. Francis Galton, cousin de Charles Darwin, est inspiré par la publication de *De l'origine des espèces* en 1859 et s'attache à la compréhension de l'hérédité des talents humains à partir des années 1860. Convaincu de la transmission biologique des qualités morales et intellectuelles, il s'inquiète de la faible natalité des classes intellectuelles. Son hypothèse est que la race humaine ne peut s'adapter à la rapidité des changements de l'âge moderne que si le nombre de ses meilleurs éléments s'accroît. La sélection naturelle étant entravée par les politiques publiques solidaires, notamment la série des *Poor Laws* mises en place dès le XVe siècle prévoyant des aides financières aux "indigents", il affirme la nécessité de rétablir des mécanismes de sélection rationnels dans la reproduction humaine. Il prône par exemple l'encadrement des mariages, qui permettrait de favoriser la reproduction des lignées les plus talentueuses, repérées à l'aide d'un important travail généalogique. Galton crée en 1883 le concept d'eugénisme, du grec *eu* ("bien") et *gennaô* ("engendrer"), signifiant littéralement "bien naître", correspondant à une science de l'amélioration des lignées. Il est largement repris par de nombreux/ses intellectuel.le.s qui prévoient le déclin de la race britannique et l'effondrement de la civilisation, avec des tentatives d'évaluation statistique du problème, notamment les travaux du mathématicien Karl Pearson. En 1897, constatant des différences de taux de natalité entre classes sociales, il prévoit un renouvellement générationnel selon lequel la moitié de la génération suivante sera issue d'un sixième de la population, et donc des classes les moins prospères économiquement et intellectuellement. Ce constat nourrit ses inquiétudes quant à l'avenir de la "race". Pearson est convaincu de la

nécessité de développer une science eugénique, permettant d'identifier les mécanismes de transmission des qualités et de favoriser une reproduction rationnelle. Son travail contribue à la diffusion et à la légitimation de l'eugénisme, à travers l'association de ces idées avec son laboratoire de biométrie, respecté parmi l'élite intellectuelle du fait de son rattachement au University College London.

La diffusion des thèses eugénistes se traduit par une défense de l'idée selon laquelle la reproduction humaine doit être rationalisée. Galton prononce en 1904 devant la *Sociological Society*, le discours "Eugenics: Its Definitions, Scope and Aims", définissant le but de l'eugénisme comme de "*faire en sorte que les classes utiles dans la communauté représentent une part plus importante de la prochaine génération que de la leur.*"⁵⁶. Selon le médecin Caleb Saleeby, l'eugénisme permet de réconcilier le principe de sélection naturelle et l'éthique, en préservant la qualité de la nation. Il définit l'idéal eugénique comme le principe "*d'assurer que le plus adapté soit le meilleur*" et "*faire preuve de compassion vis-à-vis des inadaptés mais leur interdire la parentalité*" (Soloway, 1990, 57). L'idée est donc de prévenir l'effondrement de la civilisation, en encourageant les classes moralement et intellectuellement supérieures à procréer plus, et en limitant la reproduction des classes inférieures, *via* le contrôle des naissances, bien que cette dernière disposition soit source de débats sur la capacité des classes populaires à adopter des comportements de régulation, et sur l'impact socialement différencié de la diffusion de ces pratiques (Lewis, 1979).

Les thèses eugénistes se répandent rapidement dans le domaine public, dans une version suffisamment vague pour être alimentée par les inquiétudes dominant le tournant du siècle. Selon l'historien Richard Soloway, la pensée eugéniste s'appuie sur des caractéristiques répandues dans l'élite intellectuelle britannique : l'enracinement de la pensée sociale en termes de classes parfois antagoniques et l'adhésion massive à la thèse évolutionniste. Par ailleurs, la classe intellectuelle trouve dans l'eugénisme une idéologie conforme à ses ambitions. La défense d'une reproduction favorisant les qualités intellectuelles correspond à une défense de leur identité et de leur statut sociaux : "*C'est comme si en essayant de définir leur propre place, instable dans une société fluide et très consciente de la hiérarchie de classes, les premiers eugénistes avaient trouvé nécessaire de délimiter aussi précisément que possible les qualités et caractéristiques qui les différenciaient des autres et justifiaient leurs ambitions d'autorité et de direction dans un futur proche.*" (Soloway, 1990, 37). Karl Pearson

⁵⁶ Francis Galton, "Eugenics: Its Definitions, Scope and Aims", *American Journal of Sociology*, Vol. 10, n°1, 1904, p. 3 Toutes les citations issues de textes en langue anglaise sont traduites par mes soins.

prône notamment l'association d'aristocrates et d'intellectuel.le.s pour une reproduction optimisée des talents nationaux.

En 1907, Francis Galton crée la *Eugenics Education Society* afin de diffuser les idées eugénistes, notamment auprès des responsables politiques. L'objectif est de "*modifier l'opinion publique et créer un sens de la responsabilité concernant la soumission du domaine de la parentalité humaine aux idéaux eugéniques ... pour agir sur l'amélioration de la race*" (Soloway, 1990, 32). Il développe une vision pragmatique de l'eugénisme, proposant par exemple de mettre en place un examen prénuptial, des certificats eugéniques de mariage et l'enregistrement des lignées familiales. La fondation attire des membres nombreux, de professions variées : des scientifiques et universitaires, dans des disciplines allant de la biologie à la sociologie, des ecclésiastiques, des médecins, des avocats, des militaires, des aristocrates et des industriels. En 1914, la société rassemble plus de 1200 membres officiels, et bénéficie d'une audience qui dépasse ses propres frontières. Si les ambitions politiques de la société ne trouvent qu'une traduction législative limitée, l'influence de ce courant est prégnante dans l'élite intellectuelle, et se révèle déterminante dans l'appréhension des dynamiques démographiques nationales.

○ *Le problème de population sous l'angle des classes sociales*

Jusqu'au milieu du XIXe siècle, l'Angleterre n'est pas touchée par la baisse de la natalité qui caractérise la France et qui s'étend à l'ensemble des pays européens entre 1870 et 1910 (Haines, 1989). Les recensements décennaux de la population nationale, mis en place en 1801, enregistrent le passage de 11 à 37 millions d'habitants, en l'espace d'un siècle. Cette forte croissance démographique est associée au progrès technique et à l'expansion économique et géographique de l'Empire. Mais à partir des années 1880, le taux de natalité baisse de 35 pour 1000 environ, à 28 pour 1000 au début du XXe siècle (Soloway, 1990, 3). Cette baisse est constatée dès les années 1880 mais ce n'est qu'au tournant du siècle qu'elle devient véritablement objet de débats politiques et de prises de position médiatiques. Si le mouvement néomalthusien se félicite, -voire s'attribue les mérites-, de cette baisse de la natalité, au niveau national, un certain nombre de prises de position médiatisées traduisent des inquiétudes quant à l'avenir de la nation britannique, notamment en termes raciaux. En 1906, le *Lancet*, qualifie la chute du taux de natalité de "*calamité nationale menaçant sérieusement la future santé de notre race*" (Soloway, 1990, 5). Le taux de natalité britannique est comparé à celui des États-Unis, du Japon, et de l'Allemagne, qui apparaissent comme des pays jeunes et menaçants par leur vitalité démographique. La France fait figure de contre-exemple, sa

faible natalité étant interprétée comme symptôme de faiblesse et de décadence, menant à une défaite logique face aux Allemands.

En 1899, le recrutement militaire pour la seconde guerre des Boers en Afrique du Sud donne lieu à 40 % de rejets dans les villes industrielles, la condition physique des recrues potentielles étant considérée insuffisante. Ces résultats font l'objet d'une couverture médiatique intense, mobilisant des comparaisons détaillées de la taille, du poids et de la santé des hommes, et alimentant les inquiétudes liées au maintien de l'empire britannique et à l'avenir de la "race anglaise". Les services médicaux de l'armée demandent une enquête en 1903. Les scientifiques s'opposent entre une position environnementaliste, qui considère que des mesures hygiénistes peuvent suffire à améliorer les qualités des potentielles recrues, et une position fondée sur la conviction du caractère héréditaire des qualités physiques et qui interprète cette situation en termes de dégénérescence.

L'Angleterre connaît alors des inquiétudes similaires à celles constatées en France quant à l'avenir de la nation. À partir de 1903, le *General Registrar Office*, en charge des registres d'état civil, publie régulièrement les statistiques de fécondité nationale, chaque rapport contenant une estimation du nombre d'enfants qui auraient été conçus si la natalité s'était maintenue au niveau des années 1870. De nombreux acteurs privés publient essais et tentatives d'estimation de cette baisse, de ses causes et de ses effets futurs.

C'est dans ce contexte qu'il est décidé d'orienter le recensement décennal national de 1911 sur les questions de fécondité. Il s'agit également du premier recensement pour lequel une nomenclature de classes est élaborée, reflétant un gradient éducationnel entre les professions. Si cette nomenclature, et son influence sur la perception de la fécondité anglaise, ont par la suite été remises en cause (Szreter, 1996), l'interprétation des résultats de ce recensement, et les discussions qui ont entouré la publication du rapport d'enquête en 1920, montrent une adhésion forte à ce découpage social. Thomas Stevenson, responsable du recensement au *General Registrar Office*, présente le 20 avril 1920, le rapport issu de ces analyses⁵⁷, qui fait état d'une fécondité différente selon la classe sociale. Le rapport souligne que cette différence sociale suit un gradient inversé : les classes supérieures voient leur fécondité diminuer plus fortement que les classes populaires. L'auteur du rapport interprète ces résultats en termes d'équilibre national : "*Nous avons déjà connaissance du fait que les classes les plus prospères étaient dépassées dans leur contribution au maintien de la nation ; mais il était possible de supposer que cette situation était ancienne, et donc qu'elle n'était*

⁵⁷ Thomas Stevenson, "The Fertility of various social classes in England and Wales from the middle of the nineteenth century to 1911", *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol. 3, n°3, 1920, pp 401-444

pas, d'expérience, incompatible avec les avancements et la prospérité qui ont été constatés. Cette perspective rassurante n'est aujourd'hui plus tenable. En constatant la fécondité inférieure des classes qui, ayant été les plus prospères, sont probablement les mieux dotées pour réussir, nous nous trouvons confrontés à un phénomène nouveau et redoutable ; la mesure du redoutable étant laissée à l'appréciation des autorités sur l'eugénisme."⁵⁸. Les craintes inspirées par cette fécondité socialement différenciée sont également perceptibles lorsqu'il évoque la fécondité particulièrement basse des militaires, attribuée à leurs conditions de vie : "*L'échec de cette noble lignée à se reproduire est à regretter.*"⁵⁹. La fécondité anglaise est donc ici appréhendée sous l'angle de l'équilibre national intérieur, par opposition à une perspective française d'évaluation vis-à-vis des pays voisins, en particulier l'Allemagne.

Ce rapport donne également un aperçu de la manière dont la limitation des naissances est appréhendée par les élites intellectuelles. Stevenson établit un lien, qu'il décrit comme évident et consensuel, entre la baisse de la natalité britannique et la médiatisation des idées néomalthusiennes, notamment à partir du procès des activistes Charles Bradlaugh et Anne Besant en 1877⁶⁰. Par ailleurs, il attribue la fécondité limitée des classes supérieures à leur connaissance des pratiques anticonceptionnelles, notamment du fait de leur éducation supérieure. Dans la discussion qui suit la présentation de l'étude à la *Royal Statistical Society*, l'adoption de comportements de limitation des naissances est assimilée à une capacité de volonté supérieure des classes les plus riches. Au sein de l'élite intellectuelle, la limitation des naissances n'est donc pas perçue comme un comportement immoral, mais éduqué. Certains commentateurs, et l'auteur, lient également cette situation aux faveurs déséquilibrées accordées par l'État aux classes prolétaires. Le Dr Dudfield s'exprime en ces termes au cours des débats : "*Dr. Stevenson a démontré que le taux élevé de fécondité était associé à ce qu'il pourrait appeler, avec tout le respect qui lui est dû, la strate la plus basse de la société. Ceux qui travaillent dans les services de santé publique doivent savoir que ce sont précisément les classes de la population qui ont été en quelque sorte encouragées à avoir un grand nombre d'enfants, et que ce genre de personnes ne s'occupent pas suffisamment de leurs enfants. En*

⁵⁸ *Ibid.*, p. 417

⁵⁹ *Ibid.*, p. 429

⁶⁰ Ce procès était lié à la publication des *Fruits de la philosophie* de l'auteur américain Charles Knowlton. L'ouvrage fait explicitement référence aux moyens d'éviter des grossesses et tombe sous le coup d'une accusation d'immoralité, lorsque que la *Société pour la Suppression du Vice* attaque les deux éditeurs en justice. La condamnation de Charles Bradlaugh et Anne Besant à des amendes et à une peine d'emprisonnement est invalidée en appel pour faute de procédure, mais le procès est l'objet d'une intense médiatisation (Banks et Banks, 1954).

disant qu'ils ont été encouragés, il voulait dire que l'État a tant fait pour ces classes, particulièrement ces dernières années. Il y a eu l'allocation de maternité au moment de la naissance, l'éducation gratuite, les chaussures gratuites, les repas gratuits, et il ne savait quoi d'autre, alors que les membres des classes supérieures devaient porter entièrement le fardeau de leurs propres dépenses en plus de leur contribution aux aides d'État que nous venons de mentionner."⁶¹. Ces prises de position incarnent l'opposition à l'interventionnisme d'État prôné par les environmentalistes, majoritaires au tournant du siècle dans les cercles de la santé publique, défendant des mesures hygiénistes inspirées par l'école parisienne (Szreter, 1996).

Le rapport issu du recensement de 1911 souligne donc d'importantes différences dans l'appréhension des dynamiques démographiques nationales en Angleterre et en France. La baisse de la fécondité est surtout appréhendée en termes de différences de classes sociales, des différences qui menacent l'équilibre de la nation et sa prospérité future. Les pratiques de régulation des naissances, alors qu'elles étaient attribuées à l'égoïsme des citoyen.ne.s en France et que leur adoption par les classes supérieures était dissimulée au public (Sonn, 2005), sont plutôt perçues comme un comportement civilisé et volontaire, dont les classes prolétaires seraient incapables. Il n'y a pas de consensus national autour de la nécessité d'encourager les naissances dans leur ensemble, car la fécondité des classes ouvrières est perçue, au sein des classes favorisées, comme dangereusement supérieure. Cette posture traduit l'influence de la pensée eugéniste dans les sphères intellectuelles, et l'absence d'opposition au principe même de la régulation des naissances.

Les questions démographiques sont ainsi abordées sous l'angle des différences de classe plutôt qu'en termes de nombre de naissances. Comme en France, des difficultés militaires nourrissent les débats sur la population en tant que potentiel militaire. La défaite anglaise lors de la première guerre des Boers, et les difficultés rencontrées lors du second conflit, remettent en question la supériorité nationale glorifiée sous l'ère victorienne. Cette inquiétude nationale se traduit par une attention renouvelée à la "qualité" de la population, exprimée d'une part par les eugénistes prônant une reproduction sélective, et d'autre part par le développement de politiques maternalistes, centrées sur la santé des mères et des enfants. À l'inverse du maternalisme français, qui aboutit au consensus sur la nécessité de lutter contre l'avortement, ces dernières ne s'opposent pas dans leur essence à la limitation des naissances, progressivement perçue comme garante de la santé des mères.

⁶¹ Thomas Stevenson, "The Fertility of various social classes...", *op. cit.*, p. 441

b. *La santé maternelle comme problème public et le mouvement du birth control*

La perception de la baisse de la natalité anglaise donne lieu à des inquiétudes sur l'avenir de la nation, renforcées par les pertes humaines de la Première Guerre mondiale. Mais le contexte britannique est caractérisé par une absence de consensus dans les sphères décisionnelles quant à la solution à apporter à ces évolutions. Si la nécessité de repeupler la nation britannique émerge sur le plan politique dès le début de la Première Guerre mondiale, le natalisme britannique se trouve modéré par l'influence du mouvement eugéniste, qui se focalise sur les variations sociales de la baisse de la natalité. Cette absence de consensus se traduit par un vide juridique en matière de contraception qui permet le développement d'un mouvement militant pour la limitation des naissances, le mouvement du *birth control*, qui développe une offre contraceptive dès les années 1920. À partir des années 1930, la régulation des naissances est progressivement intégrée aux politiques maternalistes britanniques, lorsque le corps médical et les autorités religieuses admettent son utilisation au sein des couples mariés.

o *Une nouvelle préoccupation publique pour la santé maternelle*

Plusieurs manières d'appréhender les dynamiques démographiques cohabitent dans les sphères décisionnelles britanniques au tournant du siècle. Comme en France, des inquiétudes quant à l'avenir de la nation portent sur la natalité nationale, mais elles se focalisent sur la survie des enfants existant.e.s plutôt que sur la nécessité d'encourager des naissances supplémentaires (Latham, 2002). Au début du XXe siècle, ces inquiétudes prennent la forme de préoccupations publiques pour les taux de mortalité des nouveaux-né.e.s, qui demeurent élevés alors que les conditions de santé du reste de la population se sont améliorées. Ces préoccupations sont perceptibles dans la multiplication des rapports officiels et des conférences, qui concluent pour la plupart à la possibilité d'éviter ces décès au moyen de mesures publiques. L'intervention de l'État apparaît en effet légitime dans un contexte idéologique dominé par des perspectives hygiénistes⁶². L'approche majoritaire qui émerge des rapports et conférences sur le sujet de la mortalité des nouveaux nés attribue un rôle déterminant aux comportements maternels, qui seraient inadaptés et manqueraient d'hygiène, particulièrement dans les classes populaires (Rhodes, 1996). L'intervention publique se limite alors à une offre d'éducation des mères, appuyée sur des initiatives privées, avec par exemple

⁶² Au cours de la première décennie du XXe siècle, une série de décisions législatives visent à mettre en place des dispositifs de solidarité nationale, comme par exemple le *Old Age Pensions Act* de 1908 ou le *National Insurance Act* de 1911.

des *Mother Schools* qui visent l'encouragement de l'allaitement et l'enseignement de notions d'hygiène perçues comme manquantes aux mères des classes populaires.

À l'issue de la Première Guerre mondiale, les pertes humaines importantes que le conflit a causées alimentent des inquiétudes plus aiguës sur l'avenir de la nation. Les rapports publiés à partir de 1915 encouragent l'extension des services d'éducation à une offre médicale, et envisagent un soutien financier étatique, mis en place sous la forme de subventions spécifiques aux autorités locales. À la différence de la France, où l'intervention de l'État vise un encouragement généralisé des naissances, en Angleterre, l'influence de la pensée eugéniste modèle la manière dont ce repeuplement est envisagé. Un article du *Huff Daily Mail* de 1915 cité par l'historienne Maxine Rhodes illustre la perception d'une fécondité qui doit être rationalisée pour être optimale : "*Les femmes pauvres doivent être aidées dans la noble tâche de repeupler le pays, et le fardeau qui leur incombe doit être pris en compte par l'État... le fait que nos meilleurs éléments meurent sur le champ de bataille ne signifie pas que ce déficit peut être compensé par la propagation des moins adaptés, mais que tous ceux qui peuvent être rendus plus sains doivent l'être.*" (Rhodes, 1996, 32). Ainsi si les politiques publiques britanniques de la première moitié du XXe siècle témoignent d'une volonté d'encourager le repeuplement national, ce natalisme à l'anglaise est modelé par la pensée eugéniste⁶³.

Dans ce contexte, les préoccupations publiques pour la santé des nouveaux-né.e.s évoluent vers une prise en compte de la santé des mères à la faveur du développement des connaissances médicales sur les liens entre santé maternelle et infantile. Pour que les mères puissent allaiter et soigner leurs enfants correctement, elles doivent elles-mêmes être en bonne santé. Il ne s'agit pas d'une inquiétude pour la santé féminine mais de la préservation des capacités reproductives des femmes perçues avant tout comme des mères. En 1918, le *Maternal and Child care Act* encourage fortement la mise en place de centres de santé maternelle et infantile au niveau local. Si cette mesure n'est pas contraignante, les possibilités de financement gouvernemental, dans un contexte où il n'existe pas encore de système de santé nationalisé, montrent l'importance accordée par les politiques à ce problème. Au départ ces centres sont conçus pour proposer des offres alimentaires, ainsi que des possibilités de

⁶³ Cette influence est perceptible dans les catégories de pensée qui sont mobilisées dans la presse et dans les publications officielles, au sein desquelles des préoccupations pour les origines sociales des naissances sont visibles. Mais le mouvement eugéniste s'oppose dans son ensemble à l'interventionnisme d'État, qui contrevient à une "sélection naturelle" des meilleur.e.s individus. Ainsi, si l'influence intellectuelle de la pensée eugéniste est indéniable dans la première moitié du XXe siècle en Grande-Bretagne, les propositions législatives formulées au sein du mouvement ne sont pas prises en compte dans les sphères décisionnelles (Soloway, 1990).

suivi prénatal et au moment de l'accouchement, en fonction des priorités établies au niveau local. La planification des naissances ne fait pas partie des missions qui leur sont attribuées. Au contraire, en 1922, le Conseil local de d'Edmonton, dans la banlieue de Londres, licencie une membre du personnel qui avait délivré des conseils contraceptifs (Latham, 2002). Mais le lien établi entre santé infantile et santé maternelle ouvre la voie au constat des dangers pour la reproduction que représentent des grossesses trop rapprochées ou trop nombreuses. Cette opportunité est saisie par les militant.e.s du *birth control* qui, en l'absence d'interdiction officielle, créent leurs propres cliniques à partir des années 1920.

○ *Le mouvement du birth control*

Une actrice majeure du mouvement en faveur du "contrôle des naissances" en Angleterre est la biologiste Marie Stopes. Influencée à la fois par le mouvement néomalthusien et la pensée eugéniste, elle développe une approche personnelle de la régulation des naissances à la croisée de ces perspectives. Marie Stopes est notamment critique vis-à-vis de la culture victorienne de silence vis-à-vis de la sexualité, nuisible selon elle au bonheur et à l'épanouissement conjugaux. Elle publie en 1918, *Married Love*, un hymne à l'amour conjugal fondé sur la connaissance de la sexualité (Geppert, 1998), et qui contient notamment un chapitre sur les moyens de limitation des naissances. Cette publication, et celle quatre ans plus tard de *Wise Parenthood*, donnent lieu à une importante correspondance épistolaire qui occasionne une prise de conscience pour Marie Stopes, d'une part de la demande sociale en matière de méthodes contraceptives, d'autre part de l'ignorance de la plupart de ses lecteur/rices sur le sujet (Davey, 1988). En 1921, elle fonde la *Society for Constructive Birth Control and Racial Progress*, un organisme dont le nom même traduit l'inscription de son approche de la régulation des naissances dans une perspective eugéniste. En 1922, elle ouvre la première clinique dédiée à la planification familiale en Europe⁶⁴, baptisée *Mother's Clinic*, à Holoway, un quartier défavorisé de Londres. Le choix de ce lieu d'implantation souligne le soubassement idéologique de la perspective de Marie Stopes, qui considère que les classes défavorisées ont doublement besoin d'une offre contraceptive : d'une part, à la différence des classes les plus éduquées, elles ne connaissent pas les moyens de limiter la fécondité, et d'autre part, c'est précisément la fécondité des milieux populaires qui doit être régulée. La société de Marie Stopes met en place cinq cliniques dans les années 1930 et fait des émules. La *Ligue Néomalthusienne* suit de près la fondation de la clinique d'Holoway, en établissant

⁶⁴ Il s'agit de la deuxième clinique de planification au monde, juste après celle ouverte par Margaret Sanger aux États-Unis.

sa propre clinique à Walworth en novembre 1922. Si ces cliniques ne rencontrent qu'un succès limité, notamment du fait du décalage entre le suivi médical et les méthodes proposées d'une part et les habitudes intimes et la pudeur entourant cette thématique d'autre part (McIntosh, 2000 ; Cook, 2004 ; Szreter et Fisher, 2010), elles contribuent à rendre visible l'enjeu de la planification familiale, à travers un argumentaire politique qui redéfinit les objectifs de la régulation des naissances et permet de rassembler largement.

En effet, la force de la perspective adoptée par Marie Stopes est le syncrétisme qu'elle représente entre différentes sources de préoccupations politiques, de la santé des mères au futur de la "race britannique"⁶⁵. Elle contribue à la moralisation des pratiques de régulation de la fécondité en les circonscrivant au cadre conjugal. Elle développe également une approche scientifique de cette thématique jusqu'à présent essentiellement abordée du point de vue moral, en produisant des données issues de l'activité des cliniques. Ses ouvrages bénéficient du soutien de scientifiques et de médecins, avec par exemple la publication d'un article sur ses travaux dans la prestigieuse revue *Nature* en 1931, ou l'invitation qu'elle reçoit à publier dans la revue de la *Royal Society of Medicine*. Elle bénéficie enfin du soutien public de plusieurs organisations de femmes⁶⁶, qui voient dans le développement d'une offre contraceptive un moyen d'améliorer les conditions de vie des femmes. Il faut cependant noter que les organisations féministes britanniques de l'entre-deux-guerres ne sont pas initiatrices des débats sur le contrôle des naissances et ne formulent pas d'arguments en termes d'autonomie décisionnelle et corporelle des femmes. Leurs mobilisations s'inscrivent dans le sillage de celle de Marie Stopes et ses arguments, notamment ceux inspirés par la perspective eugéniste, sont repris par les féministes (Lewis, 1979). Le rôle de soutien, plutôt que d'initiative, des organisations féministes, éclaire la relative mixité des mobilisations britanniques en faveur du *birth control*. À la différence des luttes féministes françaises des années 1960 et 1970, les mouvements en faveur de la diffusion de la contraception sont caractérisés par une grande diversité d'acteurs, des eugénistes aux organisations médicales, ce qui a pour conséquence que cette mobilisation n'est pas majoritairement portée par des

⁶⁵ La triple influence des politiques maternalistes, de l'eugénisme et des revendications féministes est notable dans le discours qu'elle adresse à la *National Birth Rate Commission* en 1916: "*La part des naissances que je souhaite voir baisser est la part qui a pour conséquence aujourd'hui l'inutilité, l'intolérable gâchis, la part qui conduit aujourd'hui aux innombrables cercueils d'enfants en bas âge, la part qui conduit à la faiblesse des facultés mentales, la part qui cause la torture mortelle de la mère. Toutes ces naissances devraient être empêchées, afin que la femme puisse se reposer entre deux naissances saines. Les seules naissances que je suggère d'empêcher sont celles qui ne mènent à rien d'autre que la misère, la mauvaise santé, et la détérioration mentale, morale et physique.*" (How-Martyn et Breed, 1930, 12).

⁶⁶ Notamment, la *Women's Cooperative Guild* en 1923, la fédération suffragiste *National Union of Societies for Equal Citizenship* en 1925, la *Women's National Liberal Association* en 1927 et le *National Council of Women* en 1929.

femmes (Latham, 2002). La posture de Marie Stopes permet en effet de rassembler plusieurs types d'arguments, ce qui garantit une large diffusion de son argumentaire.

○ *Une convergence de positions multiples*

L'approche de Marie Stopes permet de faire converger plusieurs postures antagoniques et controversées : elle transforme le contrôle des naissances en un instrument de santé maternelle et infantile, mais défend également le contrôle des naissances selon des termes permettant de convaincre les eugénistes, en tant que "*promotion d'un contrôle physiologique sans bornes dans les intérêts de la race*"⁶⁷. Ainsi, les eugénistes, qui considéraient au départ que les pratiques de régulation de la fécondité produisaient un effet dysgénique, dans la mesure où elles n'étaient adoptées que par les classes favorisées, se rallient à la cause⁶⁸. La *Eugenics Society* s'investit ainsi dans la promotion de la régulation des naissances et participe par exemple au financement du *Birth Control Investigation Committee*, qui mène des recherches sur les usages dans les cliniques et sur l'élaboration de contraceptifs plus efficaces et utilisables par les individus les moins éduqués.

Un soutien de poids à la diffusion des informations sur la contraception provient de la profession médicale. Avant la Première Guerre mondiale, les médecins britanniques adoptent dans leur ensemble une posture, soit de retrait vis-à-vis du débat sur la limitation des naissances, supposé extérieur aux problèmes médicaux, soit de condamnation des usages contraceptifs, notamment en soulignant leur impact négatif pour la santé. La profession est marquée par le souvenir du procès du Dr. Henry Albutt en 1887, suspendu par le *General Medical Council*, équivalent du Conseil National de l'Ordre des Médecins, pour avoir publié un ouvrage explicite sur la régulation des naissances, *The Wife's Handbook* (Micklewright, 1961). À partir de la fin de la guerre, plusieurs éléments concourent à une évolution de l'appréhension professionnelle de cette thématique. L'innocuité des contraceptifs est affirmée par le rapport de la *National Birth Rate Commission* en 1916, témoignant d'un assouplissement général des représentations concomitant aux bouleversements sociaux engendrés par le conflit mondial (Peel, 1964). Par ailleurs, la réinterprétation de la problématique contraceptive en termes de préservation de la santé maternelle et infantile la resitue dans un domaine d'intervention médicale légitime. Les données issues des cliniques

⁶⁷ Marie Stopes, *Early Days of Birth Control*, Putnam's, Londres, 1922, p. 6

⁶⁸ Dans le contexte de l'entre-deux-guerres, il s'agit d'un positionnement stratégique des eugénistes. En effet, suite au conflit mondial, les inquiétudes de "dépeuplement" mobilisent la presse comme les décideurs politiques, rendant le discours eugéniste sur un taux de reproduction perçu comme problématique des classes populaires inaudible politiquement. La promotion du *birth control* auprès des classes populaires apparaît comme un objectif plus défendable politiquement que la mise en place de lois eugénistes (Soloway, 1990).

apportent une caution scientifique au débat, et donnent une visibilité aux pratiques contraceptives. En 1921, le discours du médecin royal Lord Dawson of Penn, favorable à la planification familiale, lors du Congrès religieux de Birmingham est largement relayé par la presse. Ce discours provoque une série de prises de position par des organes de presse et des fédérations médicales, qui insistent sur la nécessité pour la profession médicale de s'impliquer et de se former sur cette question.

La progressive adhésion des médecins au *birth control* est sensible dans les actions de la *British Medical Association*, qui organise des conférences et publie dans le *British Medical Journal* des comptes-rendus d'ouvrages sur la question et des articles pédagogiques, comme l'article du Dr. James Young en février 1933⁶⁹. La lecture de ces articles donne à voir plusieurs marques de soutien à une implication professionnelle dans le champ de la contraception, qu'il s'agisse de discussions sur les méthodes employées ou sur leurs indications, thérapeutiques, sociales, économiques, voire eugéniques⁷⁰. L'intervention de la profession dans un domaine dépassant la définition classique de la santé est défendue de manière croissante avec un discours parfois critique sur l'absence d'implication antérieure : "*Il pourrait être souligné avec justice qu'en refusant toute allégeance qui pourrait s'apparenter à une position partisane, nous avons refusé trop longtemps de nous préoccuper d'enjeux qui n'appartiennent à aucune partie mais nous impliquent intimement en tant que serviteurs de la communauté.*"⁷¹. Le revirement de la profession demeure ambigu : la lenteur qui caractérise l'intégration de formations dédiées à la contraception dans les programmes universitaires médicaux témoigne de la difficulté de former un consensus, notamment du fait de la surreprésentation de la population catholique, opposée à la contraception, parmi les médecins (Peel, 1964). La *British Medical Association* s'abstient de prendre position alors que différents acteurs exigent un changement de législation (Simms, 1978). Mais les publications du *British Medical Journal* marquent néanmoins une ouverture en rupture avec les attitudes professionnelles du début du siècle.

Le début des années 1930 est également marqué par le revirement l'Église Anglicane, qui avait formulé sa désapprobation vis-à-vis de la contraception en 1920 et qui lors de la Conférence de Lambeth du 1930, admet l'utilisation de contraceptifs dans le cadre de couples

⁶⁹ James Young, "The Medical profession and birth control", *British Medical Journal*, 3762, 11 février 1933, pp. 213-217

⁷⁰ Compte-rendu de conférence, "Medical problems of contraception", *British Medical Journal*, 3784, 15 juillet 1933, pp. 118-120

⁷¹ James Young, "The Medical profession and birth control", *British Medical Journal*, 3762, 11 février 1933, p. 213

mariés : "Dans les cas où il y a une obligation morale de limiter ou éviter la parentalité, et où il y a une raison morale d'éviter l'abstinence complète, la Conférence accepte que d'autres méthodes puissent être utilisées, à condition que cela soit éclairé par les principes chrétiens." (Résolution 15). Au même moment, l'encyclique *Casti Conubii* ("Chaste union") du Pape Pie XI indique : "tout usage du mariage, quel qu'il soit, dans l'exercice duquel l'acte est privé, par l'artifice des hommes, de sa puissance naturelle de procréer la vie, offense la loi de Dieu et la loi naturelle, et que ceux qui auront commis quelque chose de pareil se sont souillés d'une faute grave.". La position catholique est donc beaucoup plus restrictive, ce qui contribue à distinguer les contextes français et anglais du point de vue des représentations sociales et politiques de la contraception (Campbell, 1960).

À la différence de la France, où un consensus entre démographes, médecins et Église catholique avait pu être atteint sur la nécessité de réprimer les pratiques de limitation des naissances, l'entre-deux-guerres est marqué en Grande-Bretagne par la formation d'un consensus progressif sur les bienfaits de la planification des naissances pour répondre aux enjeux de la santé des mères, sans contrevenir aux idées eugénistes. En 1930, le gouvernement admet *via* le Mémoire 153/MCW, l'utilisation des cliniques maternelles et infantiles pour la diffusion d'informations sur la contraception auprès des femmes mariées, sur conditions médicales, c'est-à-dire lorsqu'il est considéré qu'une grossesse future nuirait à la santé de la consultante⁷². Ce basculement traduit le succès de la reformulation des termes du débat sur la contraception, devenue plus respectable et politisée comme problème de santé publique. Le gouvernement ne prévoit cependant pas de financement public pour cette nouvelle activité, à la différence des actions en faveur de la santé maternelle promues initialement. Les militant.e.s du *birth control*, réuni.e.s au sein du *National Birth Control Council* (NBCC), créé le 17 juillet 1930⁷³, tentent de promouvoir la mise en place de cliniques de *birth control* par les autorités locales, *via* une campagne de communication sur le Mémoire, mais constatent rapidement que l'implication locale est inégale d'une région à l'autre⁷⁴. Le NBCC met alors en place le système qui devient le modèle de diffusion des cliniques : des arrangements au cas par cas avec les cliniques maternelles et infantiles pour

⁷² Madeleine Simms, "Parliament and birth control in the 1920s", *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, Volume 28, n°187, 1978, pp. 83-88

⁷³ Ce conseil réunit la *Society for the Provision of Birth control Clinics*, la *Society for constructive Birth control* de Marie Stopes, le *Worker's Birth Control Group*, le *Birth Control International Information Group* et le *Birth Control Investigation Committee*. La présence de plusieurs membres dans la *Eugenics Society* au sein du NBCC témoigne de l'implication du mouvement eugéniste dans les rangs des militant.e.s du *birth control* (Soloway, 1990, 189).

⁷⁴ Margaret Pyke, "Family planning: an assessment", *The Eugenics Review*, Volume 55, n°2, 1963, pp. 71-79

l'utilisation de leurs locaux, sous réserve que les cliniques de *birth control* demeurent autonomes financièrement. En 1939, le NBCC devient la *Family Planning Association* (FPA), et rassemble 66 cliniques. Le nombre d'usager.e.s de ces services reste limité, avec environ 19 000 nouvelles client.e.s répertorié.e.s pour l'année 1937 (Glass, 1966), mais cette expansion du réseau de cliniques sur le territoire national participe à l'institutionnalisation d'une offre contraceptive.

Entre la fin du XIXe siècle et la Seconde Guerre mondiale, l'Angleterre et la France sont confrontées à des enjeux similaires en matière démographique, bien que d'ampleur plus importante en France : la baisse de la fécondité constatée de part et d'autre de la Manche mobilisent les intellectuel.le.s et les décideurs politiques, inquiet.e.s pour l'avenir de la nation à laquelle elles et ils appartiennent. Ces mobilisations prennent des formes différentes. En France, dans un contexte dominé par la doctrine catholique en matière de sexualité et de procréation, un consensus entre la perspective nataliste des démographes et celle hygiéniste des médecins est trouvé dans la condamnation de l'avortement, et aboutit à l'interdiction de toute "propagande" contraceptive. En Angleterre, sous l'influence intellectuelle de l'eugénisme, les pratiques de régulation de la fécondité sont associées à un comportement raisonnable et éduqué, et ne font pas l'objet d'une interdiction. Elles sont progressivement perçues comme une réponse au problème de la santé des enfants et des mères, en permettant de garantir des meilleures conditions d'enfantement aux femmes. Cette perception est notamment impulsée par les militant.e.s du *birth control*, via un argumentaire qui rassemble plusieurs acteurs déterminants, de la profession médicale au gouvernement, en passant par l'Église Anglicane. La position plus favorable des décideurs politiques vis-à-vis des pratiques de régulation de la fécondité s'applique même à la question de l'avortement, toléré lorsqu'il permet de sauver la vie de la mère à partir de 1929⁷⁵. À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, les positionnements intellectuels et politiques en matière de contraception, mais aussi les dispositions légales et l'accessibilité matérielle des méthodes et des informations en la matière sont donc très contrastées de part et d'autre de la Manche.

⁷⁵ *Infant Life (preservation) Act* de 1929

II. Tolérer ou encourager : les gouvernements britannique et français face à la libéralisation de la contraception

Au milieu des années 1940, la France et l'Angleterre sont confrontées à des contextes idéologiques et à des pratiques très différentes en matière de contraception. Il existe en Angleterre une offre contraceptive rendue accessible dans plusieurs dizaines de cliniques, bien que limitée aux femmes mariées, et dont l'état de santé rend de futures grossesses dangereuses. Le contexte français demeure au contraire ancré dans le natalisme et dans un régime d'interdiction de diffusion des informations sur les moyens de limiter la natalité. Face à ces situations, les mouvements militant pour la diffusion des méthodes contraceptives adoptent des stratégies spécifiques. En Angleterre, les militant.e.s du mouvement du *birth control* se mobilisent pour obtenir un élargissement de ces critères afin de garantir une offre plus large, permettant notamment de répondre à des enjeux de pression démographique. En France, le mouvement pour la planification familiale, qui émerge au milieu des années 1950, soit plus de trente ans après le mouvement du *birth control* britannique, se focalise dans un premier temps sur l'abrogation de l'interdiction, qui constitue un obstacle légal à toute forme d'offre contraceptive sur le territoire français. La remise en cause de ce régime d'interdiction est progressive et partielle, le contexte politique et idéologique français demeurant réticent à une complète libéralisation des moyens de contrôle de la fécondité .

1. Du secteur volontaire au NHS : médicaliser pour mieux diffuser

Dans le contexte légal relativement permissif du Mémoire 153/MCW, la *Family Planning Association* poursuit à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, son travail d'augmentation et de renforcement de l'offre contraceptive sur le territoire britannique. Elle milite également pour un élargissement des indications permettant la prescription contraceptive, limitée aux femmes mariées et dont l'état de santé rend une grossesse supplémentaire dangereuse. Le réseau de la FPA s'étend progressivement jusqu'à plusieurs centaines de cliniques, dans des conditions légales de plus en plus libérales à mesure que des réformes législatives sont obtenues. Dans les années 1970, ces cliniques sont intégrées au service national de santé : si elle perd son caractère militant, l'offre contraceptive en Angleterre gagne ainsi en accessibilité, géographique mais aussi matérielle, pour les usager.e.s. Cette prise en charge publique des besoins contraceptifs de la population est exigée et soutenue par un grand nombre d'acteurs religieux, politiques et médicaux, traduisant un consensus national sur le bien-fondé du recours contraceptif et la nécessité de l'encourager.

a. *L'expansion du secteur volontaire*

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement travailliste concrétise le projet de mise en place d'un service national de santé en discussion depuis les années 1940. La *Family Planning Association*, qui gère la majorité des cliniques de planification familiale sur le territoire national, ne se positionne pas en faveur d'une intégration au NHS, dans la mesure où le caractère privé de son activité apparaît comme une garantie d'accessibilité et de standardisation de l'offre contraceptive. L'élaboration et la diffusion de la pilule hormonale dans les années 1960 vient modifier cette stratégie en recomposant les frontières entre offre caritative et offre médicale.

o *La préférence de la FPA pour le secteur privé*

Dans les années 1940, la FPA s'était appuyée sur le Mémoire 153/MCW pour initier le développement d'un réseau de plusieurs dizaines de cliniques de planification familiale. Les années de guerre marquent un fléchissement de l'activité de l'association, confrontée à une pénurie de ressources matérielles, la confiscation des stocks de caoutchouc interrompant par exemple la production de capes cervicales, comme de ressources humaines, le conflit mobilisant les militant.e.s dans d'autres domaines. Les années qui suivent la fin de la guerre sont consacrées à une remobilisation des activistes et à la consolidation du réseau de cliniques de planification sur l'ensemble du territoire. Alors que les discussions publiques sur la mise en place d'un service national de santé sont amorcées, la FPA fait savoir, à travers les notes communiquées au Ministère de la Santé et à la *Royal Commission on Population*, qu'elle ne souhaite pas voir ses cliniques intégrées au NHS. En effet, les membres de l'association craignent que l'intégration de la planification familiale au NHS généralise les problèmes rencontrés avec certaines autorités sanitaires locales, qui refusent de se saisir du Mémoire 153/MCW pour développer une offre contraceptive au sein des centres de santé locaux. L'intégration au NHS signifierait la fin d'une offre caritative qui paraît la seule capable d'assurer un service dans les régions marquées par ces réticences politiques. Par ailleurs, elle aurait pour conséquence de confier l'offre contraceptive à des médecins globalement très peu formé.e.s sur ces enjeux (Peel, 1964). La FPA ne participe ainsi pas aux négociations sur la mise en place du NHS et l'offre de planification familiale demeure à la charge de l'association, et des autorités sanitaires avec lesquelles elle collabore.

L'association se focalise sur une stratégie d'expansion de l'offre contraceptive. En 1945, un tiers des autorités locales n'appliquent pas le Mémoire, qui n'est pas contraignant. Dans certaines régions, l'opposition catholique et le manque de volonté politique des

institutions freinent la mise en place d'une offre locale. La FPA développe alors une politique qui conjugue le lobbying auprès des autorités sanitaires inactives et l'ouverture de cliniques dans les aires géographiques où l'offre est insuffisante. Le rythme de création de cliniques est très rapide : en 1955, une clinique est mise en place toutes les deux semaines. Le nombre de cliniques autonomes gérées par la FPA passe de 60 en 1946 à 340 en 1961, sans compter les cliniques mises en place par les autorités sanitaires locales avec l'aide de la FPA (Leathard, 1980). Ces actions sont financées par des dons et par les charges payées par les usager.e.s. La FPA développe par ailleurs une offre de formation à destination des professionnel.le.s de santé et collabore avec les hôpitaux universitaires. La demande de formation est très forte et la FPA peine à y répondre. En 1957, *l'Association des Etudiants en Médecine* se mobilise par exemple pour exiger une formation sur la contraception par le biais d'un appel aux facultés de médecine: "*Nous demandons à nos enseignants de revoir leurs enseignements et de nous aider à comprendre des problèmes qui vont occuper une part importante de notre temps lorsque nous commencerons à pratiquer*" (Leathard, 1980, 97). Les attitudes des professionnel.le.s de santé témoignent ainsi de l'acceptabilité grandissante des pratiques de régulation de la fécondité.

En effet, les années 1950 sont marquées par une augmentation de la visibilité de l'activité de la FPA et par des marques d'intérêt politique croissantes. Le rapport de la Royal Commission on Population, commandé dans un contexte où le conflit de 1939-1945 ravivent des craintes quant à la démographie nationale, disqualifie ces inquiétudes et soutient le mouvement du *birth control* en félicitant la FPA pour le travail accompli. Le rapport déplore le manque de collaboration des autorités sanitaires locales et encourage la formation des médecins aux enjeux de la planification familiale, la levée des limitations thérapeutiques posées par le Mémoire et l'intégration de la contraception au National Health Service⁷⁶. À partir de 1955, les soutiens publics se multiplient, de la part des ministres de la santé comme des autorités religieuses et bénéficient d'une forte médiatisation. Cette nouvelle publicité de la planification familiale permet à la FPA d'orchestrer des campagnes d'information et des levées de fonds avec le soutien de grands médias comme la chaîne de télévision BBC, et de renforcer ses capacités de négociations auprès des autorités locales. En 1960, quatre cliniques sur cinq bénéficient d'une aide locale financière ou foncière (Leathard, 1980, 99). La médiatisation, tout comme la légitimation de la planification familiale, se renforcent avec la diffusion d'une nouvelle méthode à partir de 1961.

⁷⁶ Royal Commission on Population, *Royal Commission on Population Report*, Her Majesty's Stationary Office, Londres, 1949

○ *Les bouleversements de la pilule contraceptive*

La pilule hormonale contraceptive est disponible à partir de 1961 sur le territoire britannique et son utilisation se développe très rapidement. En 1970, elle est la deuxième méthode de contraception la plus utilisée après le préservatif, et la première pour les femmes mariées après 1966⁷⁷. Cette diffusion rapide est soutenue par une importante médiatisation de cette nouvelle méthode. Le recours à la pilule est également fortement encouragé au sein des cliniques de la FPA, où 58 % des usagères se voient prescrire cette contraception en 1970 (Pierce et Rowntree, 1961). La pilule contraceptive s'inscrit dans la ligne favorisée par la FPA d'une gestion féminine de la contraception, l'association ayant toujours privilégié les méthodes féminines (diaphragmes et capes cervicales) au retrait et au préservatif malgré les préférences de la population. La première enquête nationale sur les pratiques contraceptives réalisée en 1961 montrait en effet la très forte domination des méthodes masculines de contraception : 43,7 % des participants déclaraient avoir utilisé le retrait et 49,1 % le préservatif (les méthodes pouvant être combinées). La même enquête montrait que les cliniques ne recommandaient que rarement ces méthodes. Parmi les participant.e.s ayant reçu des conseils contraceptifs, seuls 1,2 % s'étaient vu.e.s recommander le retrait par une clinique et 2,6 % par un médecin, les recommandations médicales se focalisant sur la cape cervicale (72 % des personnes ayant consulté en clinique et 39,2 % des personnes ayant consulté un médecin) (Pierce et Rowntree, 1961). La diffusion de la pilule a donc pour conséquence la féminisation des usages contraceptifs au sein des couples, mais elle renforce également la couverture médiatique des pratiques contraceptives, par son statut de technologie moderne (Cook, 2005), et contribue à assoir l'autorité de la FPA en la matière.

La FPA est en effet sollicitée par les autorités sanitaires en tant qu'expert, pour l'évaluation de l'innocuité de la pilule hormonale. Elle est aussi responsable des formations à destination des professionnel.le.s médicaux. En effet, l'une des conséquences majeures de l'arrivée de la pilule sur le marché contraceptif est la forte implication des médecins qu'elle suscite. La dimension médicale d'un produit hormonal se révèle mobilisatrice, et plusieurs débats médicaux dans la presse professionnelle se consacrent à la pilule, à son efficacité et sa potentielle dangerosité. Les médecins sont par ailleurs confronté.e.s à une forte demande de la part des usagères : la médiatisation de la pilule conduit à une augmentation du nombre de femmes ayant recours à la planification familiale, et à un transfert des usagères des cliniques vers leurs médecins généralistes, la prescription d'un médicament demeurant l'apanage des

⁷⁷ Margaret Bone, *Family planning services in England and Wales*, Her Majesty's Stationary Office, Londres, 1973

médecins certifié.e.s et le recours aux médecins généralistes s'avérant parfois moins coûteux que celui aux cliniques⁷⁸. La demande sociale de prescription de pilule contraceptive pose un problème administratif aux médecins : l'obligation d'une prescription inscrit d'emblée la pilule dans le champ de la santé couvert par le NHS, mais la contraception n'est pas officiellement couverte par le système. En décembre 1961, le Ministère de la Santé autorise la prescription de la pilule sur indications thérapeutiques, en laissant l'évaluation de ces indications à la discrétion des médecins. La prescription non thérapeutique est ainsi reléguée à la prescription privée, et est donc payante, mais ne fait pas l'objet d'une interdiction. Cette nouvelle méthode contraceptive représente un tournant dans l'implication dans le domaine contraceptif du Ministère de la santé d'une part, appelé à statuer sur les modalités de sa diffusion, et des médecins d'autre part. Pour ces dernier.e.s, elle a l'avantage d'éviter les contacts corporels requis par les capes cervicales et diaphragmes et permet de répondre à une demande de contraception par une simple ordonnance. Mais les professionnel.le.s de santé expérimentent aussi une forme de pression populaire à s'investir, certaines usagères se montrant prêtes à changer de médecin si la pilule leur est refusée (Cook, 2005).

La diffusion de la pilule hormonale contribue donc à la visibilité des pratiques de régulation de la fécondité et à l'implication de plusieurs acteur/rices appelé.e.s à se positionner sur un enjeu de plus en plus médical. Ces négociations et les pratiques prescriptives qui se développent contribuent à l'implication des médecins dans le champ de la contraception et à l'amorce d'une réflexion sur l'intégration de ces services au NHS. Elles contribuent également à légitimer le recours à des méthodes de régulation de la fécondité, une évolution des représentations qui facilite un changement législatif important à la fin des années 1960.

○ *L'élargissement des conditions d'accessibilité de la contraception*

Une part de l'activité de la FPA consiste à militer pour lever les restrictions posées par la loi à l'accès à la planification familiale. En effet, jusqu'à la fin des années 1960, l'encadrement légal de l'offre contraceptive demeure celle du Mémorandum 153/MCW : seules les femmes mariées peuvent obtenir conseils et méthodes de contraception, et ce, uniquement sur indications thérapeutiques. La mobilisation de la FPA et des activistes du *birth control* bénéficie du contexte favorable de la discussion de la loi autorisant le recours à l'avortement à partir de 1966. En effet, il y aurait une contradiction politique manifeste à

⁷⁸ Bone Margaret, *Family planning services in England and Wales*, London, Her Majesty's Stationery Office, 1973.

permettre l'avortement sans donner les moyens de sa prévention. Le député travailliste et médecin Edwin Brooks élabore une proposition de loi élargissant l'accessibilité légale de la contraception à toutes les femmes sans condition de santé, ni de statut conjugal. Témoinant de l'acceptabilité grandissante des pratiques de régulation de la fécondité dans les sphères politiques⁷⁹, la proposition de loi ne fait l'objet que d'une discussion de 77 minutes à la Chambre des Lords et aucun amendement n'est déposé (Latham, 2002, 69).

La loi clarifie et élargit les conditions de l'accessibilité de la contraception. Les autorités locales sont désormais habilitées à fournir des services contraceptifs pour toutes les femmes qui le souhaitent⁸⁰. Cette décision législative est cependant limitée à une dimension permissive et les autorités locales n'ont toujours aucune obligation de mettre en place ce service. La proposition contourne l'écueil du financement en ne rendant que le conseil obligatoirement gratuit et en laissant toute autonomie aux autorités locales en matière de tarification des prescriptions et des actes médicaux contraceptifs sur indication non médicale. Si le *NHS (Family Planning) Act* de 1967 représente une avancée dans la reconnaissance de la légitimité des besoins contraceptifs de toutes les femmes, il n'offre cependant aucune garantie d'accessibilité. Jusque dans les années 1970, la FPA gère 90 % des cliniques, avec une majorité de bénévoles (Latham, 2002, 74), et ne peut se référer à une obligation légale pour obtenir des fonds ou des aides matérielles de la part des autorités locales. La question de l'accessibilité géographique et financière de la contraception pour tous les individus n'est donc pas résolue, et l'intégration de ces services au NHS émerge progressivement comme une solution politique à l'hétérogénéité de l'offre.

b. L'intégration de la contraception au NHS : la médicalisation au service de l'accessibilité ?

À partir de 1971, les militant.e.s de la FPA s'associent à l'*Abortion Law Reform Association*, l'association qui a milité pour la libéralisation de l'avortement, et à d'autres soutiens à la planification familiale pour fonder le groupe militant *Birth Control Campaign*. L'activité de ce nouveau lobby consiste à dénoncer les mauvaises conditions d'accès à la contraception, à l'avortement et à la stérilisation, tout en mettant en évidence le coût que

⁷⁹ Edwin Brooks rapporte, dans son essai sur la planification familiale, avoir reçu 17 lettres d'opposition et des centaines de soutien (Edwin Brooks, *This Crowded Kingdom: An Essay on Population Pressure in Great Britain*, Charles Knight, Londres, 1973).

⁸⁰ La loi de 1967 n'apport aucune précision concernant l'âge des femmes pouvant accéder à la contraception. En 1969, le *Family Law Reform Act* fixe la majorité médicale à 16 ans, statuant sur la situation des mineures de plus de 16 ans. Il sera complété par une jurisprudence de 1984 autorisant les médecins à évaluer la "maturité" des patient.e.s mineur.e.s de moins de 16 ans pour leur délivrer un traitement médical sans l'accord de leurs parents ou tuteurs légaux ((Latham, 2002).

représentent les grossesses non prévues pour la communauté. Leur argumentaire articule ces enjeux avec la question de la menace de surpopulation, notamment urbaine, une préoccupation politique majeure des années 1960 et 1970 en Angleterre. L'intégration de la contraception à l'arsenal de solutions à cette menace favorise les soutiens à sa prise en charge au sein du NHS.

○ *La contraception comme remède à la surpopulation nationale et internationale*

À partir des années 1950, la croissance de la population mondiale devient une préoccupation politique importante, notamment dans le contexte de l'amorce des processus de décolonisation. Les Nations Unies organisent plusieurs conférences internationales sur la population, à Rome en 1954, au Chili en 1957 et à Belgrade en 1965, qui lancent des discussions mettant en relation projections démographiques et évaluation des ressources planétaires. La démographie des pays du Sud en particulier apparaît comme une menace vis-à-vis de l'équilibre politique et alimentaire de la planète. En Angleterre, les responsables politiques se montrent également préoccupé.e.s par cette question et adoptent la perspective internationale, qui privilégie la planification familiale comme solution à l'explosion démographique prévue. Cela se traduit notamment par le financement et le soutien par le gouvernement des actions de l'*International Planned Parenthood Federation*, fondée en 1952 et dont le siège européen se situe à Londres. Ces inquiétudes démographiques sont de surcroît nationalisées : les tendances de la croissance démographique, mises en relation avec le territoire géographique limité des îles britanniques, conduisent certains commentateurs, politiques et scientifiques, à alerter sur le risque de surpopulation nationale. Ces aspects démographiques sont appréhendés en regard des ressources limitées du territoire, des risques en termes de pollution et de qualité de vie, et de la dépendance de plus en plus importante du pays aux importations. En 1968, une motion parlementaire appelant le gouvernement à mettre en place des comités permanents d'évaluation des difficultés liées à la croissance démographique nationale est signée par plus de la moitié des députés à la Chambre des Communes (Leathard, 1980, 183). Les groupes militants se multiplient également en dehors du Parlement, comme la *Conservation Society* (1966), prônant la mise en place de politiques publiques sanitaires et fiscales pour inciter à une baisse de la natalité ou encore *Population Stabilization* (1971), visant la prise de conscience par tou.te.s les Britanniques du danger populationnel et le lobbying auprès des autorités de santé locales pour qu'elles appliquent le *NHS (Family Planning) Act* de 1967. Dans la diversité d'approches adoptées, la solution qui

rassemble et apparaît comme la plus urgente à mettre en place est le renforcement de l'offre contraceptive : "*Nous avons donc besoin de populariser toutes les formes de contraception en donnant l'information la plus complète et en les rendant gratuites au sein du NHS.*", écrit le député travailliste Douglas Houghton au sein de la publication collective, *The Optimum Population for Britain* en 1970⁸¹. Cette perspective est également adoptée par les autorités religieuses. L'Église Anglicane réitère en 1958 son acceptation du recours à la planification familiale dans des termes qui soulignent son appréhension comme un outil de gestion des ressources⁸² et collabore avec la FPA pour que les membres du clergé puissent conseiller les fidèles sur ces questions. Les médecins participent également à ce débat, notamment à travers la visibilité médiatique du groupe "Doctors and Overpopulation", qui encourage l'implication des médecins dans la diffusion des informations et des méthodes de contraception⁸³. Dans ce contexte, la planification des naissances devient une solution à un problème médiatisé et bénéficie d'un soutien politique sans précédent.

Ce consensus politique sur la menace de surpopulation et les solutions à lui apporter se traduit par une implication croissante du gouvernement dans l'offre contraceptive. Le Ministère de la Santé, à l'occasion de sa recomposition en 1968⁸⁴, met en place des mesures incitatives, notamment financières, à destination des autorités locales. La déclaration et la mesure des avortements depuis leur prise en charge par le NHS est un facteur décisif : la promotion de la contraception et la formation des professionnels deviennent des priorités ministérielles et une subvention de 20 000£ est accordée au centre de formation Margaret Pyke pour cette mission. Mais les autorités sanitaires sont dépassées matériellement et financièrement par la gestion du service national de santé, et en 1969, seul un quart d'entre elles ont mis en place des services contraceptifs complets. La FPA et le ministère de la santé entament alors une collaboration pour préparer la cession des cliniques de la FPA aux autorités sanitaires locales, avec l'objectif d'encourager une implication des autorités locales qui ne pourraient ainsi plus se reposer sur l'offre du secteur volontaire. Des standards de

⁸¹ L. R. Taylor, *The Optimum Population For Britain*, Academic Press, Londres, 1970, p. 122

⁸² La résolution 115 de la Conférence de Lambeth stipule: "*La Conférence est d'avis que la responsabilité de décider du nombre et de la fréquence des enfants a été confiée par Dieu à la conscience des parents; que cette planification, de manière acceptable tant pour l'époux que l'épouse dans leurs consciences chrétiennes, est un facteur juste et important dans la vie de famille chrétienne et devrait être le résultat d'un choix positif devant Dieu. Une telle parentalité, responsable, construite en accord avec tous les devoirs du mariage, requiert une sage intendance des ressources et capacités de la famille, ainsi qu'une prise en compte réfléchie des besoins changeants de la population, des problèmes de la société et des demandes des générations futures.*"⁸². Cette résolution bénéficie d'une couverture médiatique favorable et reçoit le soutien des autorités religieuses nationales juives, hindoues, musulmanes et des Quakers, avec l'exception notable des catholiques.

⁸³ Cf. Chapitre 5, II. 1. a. De l'eugénisme à la lutte contre la surpopulation

⁸⁴ Le Minister of Health devient alors le Department of Health and Social Security.

bonnes pratiques sont définis et un système de financement, prévoyant une implication du ministère, est conçu. Cette collaboration donne lieu à une évaluation des services existants et encourage une harmonisation qualitative des cliniques. Dès 1972, la moitié des autorités sanitaires locales sont entrées dans ce dispositif collaboratif. L'influence de la perception d'une menace de surpopulation renforce le soutien gouvernemental qui augmente sa participation financière. Le ministère favorise particulièrement la mise en place de services à domicile, au sein desquels des visiteurs/euses médicaux se rendent directement dans les familles pour promouvoir le recours à une méthode de contraception. La circulaire 36/71 encourage les autorités locales à se doter de ce type de services, et le Ministère accorde une subvention de 40 000£ à la FPA pour la formation des visiteurs/euses médicaux en 1972 et 1973 (Leathard, 1980, 163). Ce dispositif témoigne de préoccupations politiques socialement différenciées dans le domaine de la contraception puisque ces services sont orientés de manière prioritaire vers les classes sociales les plus défavorisées, perçues comme ne recourant pas suffisamment à la planification familiale⁸⁵.

Dans les discussions qui entourent les questions démographiques, la nécessité de garantir l'accès à la contraception sur l'ensemble du territoire national rassemble de plus en plus de soutiens politiques. À l'occasion d'un projet de réforme globale du NHS au début des années 1970, la question de l'intégration des services contraceptifs au service national de santé est posée.

○ *Une intégration négociée au service national de santé*

L'intégration des services contraceptifs au NHS émerge sur l'agenda politique à la faveur d'une loi de réforme du NHS. Les débats au Parlement de cette loi sont entièrement dominés par la clause n°4 qui porte sur l'intégration des services contraceptifs au NHS et donc leur prise en charge totale par l'État, ce qui témoigne de l'importance politique de cette question. Une première proposition portée par Sir Keith Joseph, secrétaire d'État aux services sociaux, est présentée le 12 décembre 1972 : elle vise l'amélioration et l'extension des services contraceptifs, dans les cliniques, les hôpitaux et les cabinets de médecine générale, le financement de la formation médicale, et la mise en place de la gratuité du conseil contraceptif. La fourniture des produits contraceptifs demeure payante, sauf en cas de besoins sociaux spécifiques ou en suite de couches. Cette proposition est jugée trop restrictive par l'opposition travailliste et par la majorité de la Chambre des Lords, qui se prononce en faveur de la gratuité totale et vote un amendement en ce sens. L'évêque de Bath et Wells, à la

⁸⁵ Cf. Chapitre 4, II. 3. b. L'accessibilité de la contraception

Chambre des Lords, manifeste le soutien de sa hiérarchie à cet amendement : "*L'Église Anglicane souhaite encourager la mise à disposition de services de planification familiale complets et gratuits, et s'oppose à toute restriction financière ou autre qui restreindrait leur utilisation.*"⁸⁶. L'engagement de la Chambre des Lords pour la gratuité des services contraceptifs fait l'objet d'une couverture médiatique enthousiaste et d'un important soutien public : plusieurs organisations médicales, politiques, religieuses et féministes soutiennent la proposition de gratuité, ainsi que 64 % de l'électorat britannique (Leathard, 1980, 194). Cette position reste cependant minoritaire à la Chambre des Communes, et l'intégration de la contraception au NHS est initialement votée avec un coût pour les usager.e.s : la prescription est facturée 20 pences, au même titre que les autres médicaments⁸⁷. En 1974, le retour du parti travailliste au pouvoir donne lieu à la suppression de la facturation. La cession des cliniques de la FPA aux autorités sanitaires locales est planifiée sur deux ans. L'Angleterre se dote ainsi du premier système de soins contraceptifs entièrement gratuit au monde. Cette prise en charge publique de la contraception s'accompagne d'une régulation administrative. Une circulaire ministérielle clarifie les nouvelles obligations des autorités sanitaires locales en 1974 qui consistent à étendre les services à toutes les catégories de la population, assurer leur publicité, former les médecins et les auxiliaires, les coûts de formation étant pris en charge par le gouvernement. La *Health Service Circular (HSC(IS)32)* préconise également le développement de standards de qualité et l'implication des médecins généralistes pour garantir une offre suffisante et homogène au niveau national⁸⁸.

En effet, la répartition des médecins généralistes sur le territoire national permet en théorie de garantir l'accessibilité de la contraception à tou.te.s les usager.e.s. Mais l'implication de cette profession fait l'objet de négociations politiques, en dépit de sa participation déjà importante à la prescription de pilules hormonales⁸⁹. Les organisations professionnelles médicales s'opposent dans un premier temps à l'intégration de la contraception à leurs services sanitaires, avec pour argument principal une surcharge de travail dans les autres domaines de leur activité. Les consultations de planification familiale représentent selon elles une surcharge de travail qui doit faire l'objet d'une rémunération

⁸⁶ Margaret Bone, *The family planning services: changes and effects ; a survey carried out on behalf of the Department of Health and Social Security*, Her Majesty's Stationary Office, Londres, 1978, pp. 30-31

⁸⁷ Si toutes les consultations et actes médicaux sont gratuits pour les usager.e.s du NHS, l'accès à des médicaments sur ordonnance fait l'objet d'une facturation aujourd'hui forfaitaire.

⁸⁸ "Medical News - Health Service Family Planning" *British Medical Journal*, 5919, 15 juin 1974, p. 622

⁸⁹ Ann Cartwright, Marjorie Waite, "General practitioners and contraception in 1970-71.", *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol. 22, suppl. 2, 1972

spécifique⁹⁰. Les négociations officielles durent plus d'un an, à l'issue duquel un système de paiement spécifique est mis en place. Les *NHS (General Medical and pharmaceutical Services) Amendment Regulations* sont votées en 1975. Le texte prévoit la prise en charge du suivi contraceptif par les médecins, sur la base du volontariat, et de manière rémunérée. À partir du 1er juillet 1975, les usager.e.s peuvent obtenir conseil et prescription contraceptives gratuitement auprès de leur médecin généraliste, sans condition d'indication (médicale ou sociale), d'âge ou de statut conjugal. Les médecins bénéficient d'une rémunération spécifique qui s'ajoute à leur rémunération forfaitaire, pour chaque patiente suivie, et pour chaque prescription en fonction des méthodes : la prescription d'une pilule contraceptive et d'un diaphragme est payée 3,50£, et la pose d'un DIU, 10£ (Leathard, 1980). Le système exclut la prescription de préservatifs, les médecins ayant stipulé leur refus d'être assimilé.e.s à des "boutiques contraceptives"⁹¹ (Spencer, 1999), malgré leur propension à recommander cette méthode par le passé (Pierce et Rowntree, 1961). Le texte de loi ne fait par ailleurs pas mention des hommes, la rémunération supplémentaire n'étant prévue que pour le suivi contraceptif féminin, ce qui met en relief une focalisation des politiques publiques sanitaires sur les femmes, probablement liée à la recomposition des pratiques et des représentations autour de la pilule contraceptive. Cette orientation est le signe de la féminisation de la contraception qui se développe en relation avec sa médicalisation, ce mouvement étant cependant tempéré par l'inclusion de la vasectomie au dispositif public contraceptif à partir de 1972⁹².

La nécessité de mettre en place un système de paiements spécifiques indique une difficulté de la part des médecins à considérer la contraception comme un élément normal de leur pratique médicale, leur opinion favorable vis-à-vis de la planification familiale ne parvenant pas à contrebalancer la préservation de leurs intérêts professionnels. Le système mis en place constitue une incitation institutionnelle importante à la recommandation contraceptive, ce qui augmente l'accessibilité institutionnelle de la contraception tout en soulageant les cliniques dépassées par la demande.

L'implication des médecins généralistes pose cependant le problème de la formation des professionnel.le.s. En 1970, seuls 12 % des médecins généralistes avaient suivi une formation

⁹⁰ Editorial "N.H.S. family planning", *British Medical Journal*, 5904, 2 mars 1973, p. 342 ; Compte-rendu "Conference of Representatives of Local Medical Committees", *British Medical Journal*, 5864, 26 mai 1973, pp. 61-66 ; M. E. Brennan, L. J. Opit, " Extension of Family Planning Service in General Practice", *British Medical Journal*, Vol. 3, n° 5922, 1974, pp. 30-33

⁹¹ Compte-rendu "Annual Representatives Meeting, Folkestone, 1973", *British Medical Journal*, 5868, 23 juin 1973, pp. 138-141

⁹² Cf. Chapitre 5 II. Des perspectives médicales opposées sur la stérilisation contraceptive.

spécifique en planification familiale⁹³. Mais la prise en charge de services contraceptifs s'accompagne de l'inscription de chaque professionnel.le impliqué.e dans un registre administratif dédié. L'élaboration de standards par les collèges royaux concernés, dans un premier temps un comité commun au *Royal College of Gynaecologists* et au *Royal College of General Practitioners* (Leathard, 1980, 204), et la mise en place de directives de plus en plus contraignantes⁹⁴ poussent progressivement les prescripteur/rice.s britanniques à acquérir des compétences spécifiques et à aligner leurs pratiques sur les recommandations de bonnes pratiques.

En Angleterre, la mise à disposition d'un service de contraception gratuit et accessible à tous est donc un processus long qui se déploie sur une quarantaine d'années, entre le Mémoire de 1930 et l'inclusion de ce champ au domaine couvert par le NHS en 1974. La perception d'une menace de surpopulation mondiale et nationale, et la légalisation de l'avortement, sont deux facteurs décisifs de l'implication des responsables politiques dans la mise à disposition de services contraceptifs. Le rôle historique de la *Family Planning Association*, responsable de la majorité de l'offre contraceptive jusqu'en 1974 et d'un travail de lobbying constant pendant cette quarantaine d'années, s'amenuise avec la victoire en demi-teinte que représente la cession des cliniques au NHS. La mise en place d'un service public gratuit représente une étape majeure dans l'histoire de l'accessibilité contraceptive, mais le retrait de la FPA au profit de la profession médicale implique une dépolitisation de ce champ. La FPA recompose son action en direction de la formation des professionnel.le.s de santé et de l'élaboration de standards, mais perd son implication de terrain dans la gestion des services aux usager.e.s.

Ce processus long, et la multiplicité de soutiens que reçoivent les enjeux contraceptifs entre les années 1930 et 1970, contrastent avec l'histoire française de la légalisation de la planification familiale. Du fait d'un contexte plus hostile à la régulation des naissances, la mise à disposition de la contraception relève d'un combat politique ciblé et est marquée par une date clef, 1967, marquant la fin d'un régime d'interdiction qui n'a jamais existé en Angleterre.

⁹³ Ann Cartwright, Marjorie Waite, "General practitioners and contraception in 1970-71.", *op. cit.*

⁹⁴ Cf. Chapitre 7 II. Régulation publique et obligations professionnelles : les droits des usager.e.s en matière de qualité des soins.

2. Médicaliser pour légaliser : les luttes sociales et politiques pour la fin de l'interdiction française

La légalisation de la contraception intervient en France avec la loi Neuwirth de 1967. Le processus qui a mené à ce changement législatif a fait l'objet de nombreuses analyses, tant du point de vue du mouvement militant à l'origine de la mise en place d'une offre contraceptive et des mobilisations féministes qui ont mené à la libéralisation (Pavard, 2012b ; Bard et Mossuz-Lavau, 2006 ; Friedmann, 2006 ; Chaperon, 2006), que des oppositions qui ont caractérisé le débat politique et médiatique autour de cet enjeu (Laufer et Rogerat, 2001 ; Mossuz-Lavau, 2002 ; Chauveau, 2003). Ce travail n'a ainsi pas pour objet de resituer l'ensemble des acteurs et actrices de ce changement politique, mais plutôt, dans le cadre de notre perspective comparative, de souligner les éléments de différenciation des contextes britannique et français qui permettent d'éclairer des spécificités persistant aujourd'hui dans les deux pays.

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, le cadre législatif français interdit toute diffusion d'information relative à la contraception. Un mouvement militant se développe à partir du milieu des années 1950 pour obtenir un changement législatif, et sous l'influence des expériences étrangères, développe à partir de 1961 une offre contraceptive sur le territoire français qui précipite la mise à l'agenda de la légalisation de la contraception. Mais à la différence du contexte britannique, des réticences d'ordre religieux et médical s'expriment dans le débat français, et le compromis politique menant à la légalisation se révèle plus difficile à obtenir. Les processus de libéralisation de la contraception en France et en Angleterre se distinguent ainsi fortement en termes d'arguments mobilisés et par la vivacité des oppositions qui se manifestent en France.

a. Un contexte français plus hostile à la régulation de la fécondité

Un premier élément de différenciation entre les situations britannique et française est le contexte politique et idéologique dans lequel les mouvements militant pour la diffusion de moyens contraceptifs évoluent. À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, alors que la population anglaise a accès à plusieurs dizaines de cliniques de planification familiale, la loi française interdit toujours la diffusion d'informations relatives à la maîtrise de la fécondité : cette interdiction est réitérée en 1955, lorsque les articles 3 et 4 et la loi du 31 juillet 1920 sont repris dans le Code de la Santé Publique. Soumis à une prohibition qui n'a jamais existé en Angleterre, les militant.e.s de la planification des naissances ont une marge de manœuvre argumentaire et pratique plus limitée que celle de leurs homologues britanniques. Les peurs

liées à une éventuelle surpopulation mondiale, qui ont facilité la libéralisation de l'accès à la contraception outre-Manche, n'ont pas le même écho en France, où le natalisme reste dominant dans l'approche politique de la démographie, notamment sous l'influence des travaux de l'Institut National des Etudes Démographiques et de son fondateur Alfred Sauvy (Watson, 1952). Par ailleurs, la France est un pays de tradition catholique, religion dont la doctrine s'oppose au recours aux méthodes de contraception (Campbell, 1960). En Angleterre, les catholiques constituent la source principale d'opposition à la diffusion de la contraception, mais les membres de cette religion sont minoritaires parmi la population. Par ailleurs, les catholiques français et britanniques ne réagissent pas de la même manière aux prises de position du Vatican. Dans les deux pays, l'élaboration d'une pilule hormonale contraceptive soulève de nombreux espoirs parmi les fidèles, car son mode d'action en amont des relations sexuelles est perçu comme un facteur d'acceptabilité par le Vatican. En Angleterre, une enquête menée par le *Population Investigation Committee* en 1967-1968 montre que les catholiques britanniques recourent à la pilule dans les mêmes proportions que le reste de la population⁹⁵. Plusieurs médecins catholiques prennent publiquement position pour la planification familiale malgré l'incertitude doctrinale, comme la médecin Anne Biezanek qui ouvre une clinique à Wallesey en annonçant qu'elle recevra toutes les femmes catholiques qui le souhaitent⁹⁶. À l'inverse, en France, la campagne médiatique orchestrée par la *Maternité Heureuse*, association fondée en 1956 qui devient en 1960 le *Mouvement Français pour le Planning Familial* (MFPF), déclenche une réponse médiatique de la part de catholiques engagé.e.s tout au long des années 1950 (Mossuz, 1966 ; Pavard, 2006). Les prises de position catholiques se réfèrent notamment à l'encyclique *Casti Conubii* de 1930, et en 1957, l'assemblée des évêques et cardinaux de France réitère son opposition à la régulation des naissances : "*Doivent être réprochées toutes les manœuvres qui, par procédés contraceptifs ou produits stérilisants, ont pour but d'entraver artificiellement la venue au monde des enfants.*". En 1962, une lettre pastorale émanant de 16 diocèses du Sud Est de la France condamnent nommément le MFPF (Mossuz, 1966). Même à l'issue des débats sur la légalisation en France, les catholiques restent opposé.e.s au recours à des méthodes de contraception. Après la publication de l'encyclique *Humanae Vitae* en 1968, qui réitère l'opposition du Vatican, la plupart des officiels catholiques britanniques se désolidarisent de la prise de position papale en privilégiant officiellement l'approche adoptée par les autres

⁹⁵ Christopher Langford, *Birth control practice and marital fertility in Great Britain: a report on a survey carried out in 1967-68*, Population Investigation Committee, London School of Economics, 1976

⁹⁶ Anne Biezanek, *All Things New: A Declaration of Faith*, Harper & Row, 1964

autorités religieuses, qui fait de la planification familiale un sujet relevant de la conscience individuelle et non de la doctrine religieuse (Draper, 1972, 201). Ces actes de dissidence montrent une attitude nationale favorable à la planification des naissances, qui dépasse l'obédience au Vatican, ce qui n'est pas le cas en France.

Dans ce contexte plus hostile, les membres de la *Maternité Heureuse* adoptent une stratégie plus tardive et plus prudente, en mobilisant des arguments adaptés au contexte français. Dès ses premières prises de position publiques, la fondatrice de l'association Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé positionne la contraception comme un moyen de prévention de l'avortement, décrit comme un fléau affectant la santé, voire la vie, de milliers de femmes chaque année⁹⁷. Cette stratégie qui fait de la contraception un moyen de la lutte contre l'avortement n'a pas lieu d'être en Angleterre, où il a été possible d'avorter médicalement et gratuitement dès 1967, avant l'intégration de la contraception au NHS. L'hostilité du contexte politique, idéologique et religieux français a donc une influence sur la temporalité du militantisme en faveur de la planification des naissances, mais aussi sur les argumentaires et les modes d'action privilégiés par les activistes.

b. L'influence du birth control américain et britannique

Le militantisme français visant l'abrogation de l'interdiction de "propagande contraceptive" se déploie tardivement par rapport aux mouvements américain, scandinaves, hollandais et britannique. Ce décalage temporel inscrit le mouvement français dans la lignée des expériences nationales et internationales qui le précèdent, et donne lieu à des collaborations et des influences stratégiques, notamment entre la France et l'Angleterre.

La *Maternité Heureuse* adhère en 1959 à l'*International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Elle bénéficie alors du soutien d'un argumentaire international, même si la question de la surpopulation mondiale est soigneusement évincée des discours français, pour éviter sa sonorité néomalthusienne. L'adhésion de l'association à l'IPPF est surtout déterminante sur le plan des connaissances et des actions ; le siège européen de l'IPPF se situe à Londres et à l'occasion de nombreuses visites des membres du MFPPF, ces dernier.e.s se forment sur les techniques militantes et les méthodes contraceptives, voire ramènent en France des diaphragmes inaccessibles sur le territoire national. L'IPPF et la *Family Planning Association* anglaise fournissent également un certain nombre de documents explicatifs qui sont reproduits dans les publications du MFPPF, donnant lieu à une standardisation des

⁹⁷Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, "Considérations sur la maternité volontaire", discours à l'*Académie des Sciences Morales et Politiques*, 1955

argumentaires. Sur le plan scientifique, les activistes français.es peuvent s'appuyer sur les enquêtes réalisées dans les pays où le recours à des méthodes de contraception est légal pour démontrer l'innocuité de ces pratiques sur la santé des usagères ou sur la démographie nationale (Sutter et Fabre, 1966). À travers cette collaboration, l'action du MFPPF prend un nouveau tournant : alors que sa stratégie initiale était fondée sur la création d'un débat par voie de presse, l'organisation s'oriente vers la mise en place d'une offre contraceptive sur le territoire national, en dépit de l'interdiction légale (Pavard, 2012b) .

Au départ, le siège parisien du MFPPF prévoit de mobiliser et de former des médecins afin d'impliquer des professionnel.le.s dans le débat. Cette volonté initiale est dépassée par l'initiative de la branche grenobloise du MFPPF, qui le 10 juin 1961 ouvre la première clinique de planification familiale sur le territoire français, à l'initiative du Dr. Pierre Fabre, et contre l'avis du siège, qui craint des poursuites judiciaires nuisibles au mouvement dans son ensemble. La clinique grenobloise a pour vocation de distribuer conseils et dispositifs contraceptifs, en contournant l'interdiction légale par le statut associatif, les usager.e.s du centre étant tenu.e.s d'adhérer au MFPPF (Mossuz, 1966). Face au succès de cette clinique, à la couverture médiatique favorable et à l'absence de poursuites, le siège ouvre une clinique parisienne le 26 octobre 1961. Les initiatives se multiplient ensuite sur tout le territoire français et Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé annonce l'ouverture de 27 centres en 1962 (Pavard, 2012b, 55). La multiplication de ces cliniques implique d'une part le développement d'une offre contraceptive factuelle, qui rencontre peu d'opposition légale et renforce la caducité de la loi contre laquelle le MFPPF se mobilise. D'autre part, l'orientation de l'association vers la distribution de contraceptifs implique un tournant médical, avec l'entrée massive de médecins dans l'association, mais aussi dans les instances dirigeantes qui deviennent paritaires et donc moins exclusivement féminines (Pavard, 2014). Ce changement témoigne d'une modification de la stratégie de communication du MFPPF, qui ne joue plus sur l'image de mères de famille qui prévalait à la fondation de la *Maternité Heureuse*, mais sur une expertise médicale portée par des professionnel.le.s.

La médicalisation du MFPPF fait émerger la nécessité d'une coordination des médecins membres, et de leur formation, ce qui se concrétise par la création du collège médical en janvier 1962. Au-delà de sa fonction coordinatrice, le but du collège médical est de constituer un fond de connaissances techniques et médicales sur la contraception, et de jouer un rôle de diffusion auprès de l'ensemble de la profession médicale afin que "*tous les médecins, même s'ils ne veulent ou ne peuvent pas être prescripteurs eux-mêmes, soient au courant de tout l'éventail des méthodes de contraception et puissent ainsi conseiller ou faire conseiller*

utilement leurs clientes" (Garcia, 2007). Cette nouvelle instance représente un important avantage stratégique pour la MFPPF en accentuant son expertise scientifique à l'avant-garde de la profession médicale. Les médecins du MFPPF peuvent en effet se prévaloir de connaissances exclues de la formation classique des médecins, et d'accès à des méthodes modernes de contraception, comme le dispositif intra-utérin et le diaphragme, obtenus grâce au soutien de l'IPPF. Le collège se dote de sa propre revue médicale, *Fertilité Orthogénie Contraception*, ce qui contribue au statut d'expert.e.s de ses membres au sein de la communauté médicale.

En Angleterre, la sollicitation de la profession médicale a fait bénéficier la FPA d'un soutien de poids dans les débats médiatiques et parlementaires, et l'association a rapidement été reconnue comme une source d'expertise par les médecins. En France, cette stratégie se déploie dans un contexte professionnel différent, marqué par une plus grande hostilité de la profession médicale vis-à-vis de la régulation de la fécondité. En réaction à la création du collège médical, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie le 10 février 1962 un communiqué dans *Le Concours Médical* affirmant que *"le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans des conseils au public, ou dans les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens"*. Il menace les médecins recevant des usager.e.s sur recommandation des cliniques au motif qu'il s'agit là de publicité médicale: *"le médecin n'a pas le droit d'utiliser sa qualité pour cautionner les centres de planning familial et [...]au cas où les centres fourniraient aux usagers une liste de médecins consultants, ceux ci tomberaient sous le coup des règles déontologiques interdisant aux praticiens tout racolage de clientèle et toute publicité. [...] le seul fait pour un praticien d'accepter de recevoir des clients qui lui seraient adressés dans de telles conditions le rendrait passible de graves sanctions disciplinaires."*

La mise en place de ce collège médical, qui se préoccupe de normes professionnelles mais aussi de déontologie, représente un *"coup de force symbolique"* qui remet en question le monopole du CNOM dans ce domaine (Garcia, 2007). Les stratégies médiatiques du collège médical permettent de publiciser la position du Conseil de l'Ordre et de le désigner comme rétrograde. La prescription contraceptive est constituée en solution à l'avortement comme problème de santé publique, conformément à l'idéologie de départ du MFPPF, ce qui produit un retournement de l'éthique professionnelle : les médecins refusant de prescrire deviennent ainsi responsables, par extension, des avortements. Cette stratégie contribue au discrédit de la position médicale officielle et à un changement de posture du Conseil de l'Ordre, qui déclare en 1966 *"que le médecin n'a pas à se désintéresser [de la contraception] s'il veut favoriser la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable"* (Garcia,

2007, 117), témoignant de la victoire d'une définition élargie de la santé mais aussi de l'aboutissement de la médicalisation de la contraception. Le changement de posture du CNOM est également lié à la très forte demande que rencontrent les médecins du collège médical, dont le nombre atteint 500 en 1966. Le développement de l'offre contraceptive donne ainsi lieu à la transformation du MFPP en mouvement de masse, avec une croissance continue du nombre d'adhérent.e.s, de 6000 en 1961 à 75 000 en 1965, *via* le recrutement par les centres de planification familiale.

Mais la participation de certain.e.s médecins à la mobilisation du MFPP ne signifie pas que la profession médicale française adhère dans son ensemble aux objectifs du mouvement. De nombreuses oppositions continuent à être rendues publiques, notamment en ce qui concerne la pilule hormonale, un certain nombre de médecins, catholiques militant.e.s, prenant position dans la presse pour dénoncer les risques présentés par cette nouvelle technologie, en termes d'enlaidissement et de risques pour la fécondité future (Pavard, 2012b). La stratégie de médicalisation des enjeux contraceptifs, si elle contribue à limiter la place des enjeux moraux et religieux dans le débat sur la légalisation, donne ainsi un poids supplémentaires aux arguments défavorables portés par des médecins. L'opposition des médecins se manifeste également lors du débat parlementaire sur la légalisation de la contraception, amorcé en 1967.

c. Un compromis politique : médicaliser pour contrôler ?

Plusieurs propositions de lois visant l'abrogation de la loi de 1920 avaient été élaborées dès les années 1930, sans jamais parvenir à être inscrites à l'ordre du jour parlementaire (Mossuz, 1966). En 1967, Lucien Neuwirth, député gaulliste proche de Charles de Gaulle, élabore, suite à sa rencontre avec des membres du MFPP, une proposition de loi en ce sens qui bénéficie de l'appui du président et est discutée en Conseil des Ministres, puis soumise à la discussion parlementaire. Contrairement à l'Angleterre, où le vote du *NHS Family Planning Act* de 1967 n'a suscité aucune opposition, et où les débats de 1973-1974 sur l'intégration au NHS se sont focalisés sur la question des coûts pour les usager.e.s, les débats parlementaires français se révèlent plus agités, et porteurs de réticences plus fortes. La discussion de la loi dessine trois types de posture parmi les député.e.s. La réforme est soutenue par l'opposition de gauche au nom du progrès social, et en cohérence avec les propositions de loi déposées depuis plusieurs décennies par les député.e.s socialistes et

communistes⁹⁸. Une partie de la droite et le centre adoptent une position pragmatique visant la mise en cohérence de la loi et de la pratique, l'absence de respect de la loi mettant en danger sa légitimité. Enfin, une fraction de l'UDR, minoritaire mais très présente dans le débat, s'oppose à la réforme en s'appuyant sur des valeurs religieuses (Mossuz-Lavau, 2002). Ils dénoncent la remise en cause de l'ordre moral, sexuel et divin. Les députés médecins sont nombreux dans ce groupe à convoquer des arguments scientifiques sur l'impact de la pilule sur la santé des femmes et l'avenir génétique de la nation. Ils défendent également leur profession, le député Claude Peret affirmant ainsi que la prescription contraceptive constitue une "*dégradation morale de l'acte médical*" (Pavard, 2012b, 96).

La discussion parlementaire donne lieu à des remaniements du texte et des allers et retours entre l'Assemblée et le Sénat. Le texte est amendé d'un certain nombre de restrictions dans l'accès à la contraception. Il prévoit la mise en place de carnets à souche pour la délivrance des pilules contraceptives⁹⁹, et l'obligation de l'accord parental pour les mineures de moins de 21 ans. L'interdiction de publicité n'est pas remise en question sauf pour la presse médicale. Les contraceptifs ne sont pas remboursés. Ces limites à la libéralisation, ainsi que la "sous-politisation" (Lascoumes, 2009) du texte essentiellement technique, permettent d'obtenir un consensus minimal. Le débat est centré sur la pilule et sur la dimension médicale de la contraception, ce qui permet de dépasser les clivages en termes de rôles de genre : si la planification familiale est pour les député.e.s de gauche un instrument de libération des femmes, leur permettant de concilier la maternité avec d'autres rôles sociaux, un certain nombre de député.e.s de droite s'opposent à la mise en danger des rapports de sexe que représente une prise en charge féminine du contrôle des naissances. Mais cet aspect du débat est minoritaire tant les aspects médicaux apparaissent centraux, ce qui permet le vote de la loi, mais associe durablement la contraception à la pilule et au domaine médical.

Or la médicalisation de la contraception ne revêt pas les mêmes significations de part et d'autre de la Manche. En Angleterre, la diffusion d'informations et de méthodes contraceptives s'est construite en dehors du domaine médical, et l'implication des médecins via l'intégration de la contraception au NHS a pour but d'augmenter l'accessibilité de la planification familiale et d'harmoniser l'offre sur le territoire national. Les prises de position médicales étaient généralement favorables à la planification des naissances et les oppositions

⁹⁸ La mobilisation du Parti Communiste Français en faveur de la libéralisation de la contraception est tardive. Le parti a longtemps refusé de soutenir la *Maternité Heureuse*, car le mouvement était perçu comme bourgeois et contre-productif (Rousseau, 1975). En 1965, le parti assume une position opposée, dans ce qui a été qualifié de "volte-face" idéologique par Pascal Besnard-Rousseau (Besnard-Rousseau, 1979).

⁹⁹ Cette disposition est supprimée par la loi du 4 décembre 1974.

professionnelles se sont focalisées sur des questions de rémunération. En France, la médicalisation conditionne la légalité des pratiques d'information et de prescription de méthodes. Le processus confie le contrôle de l'accès à la contraception à une profession qui n'a pas démontré d'adhésion massive au principe de la maîtrise de la fécondité, ce qui peut être perçu comme un contrôle social délégué aux médecins (Bretin, 1992, 172-173)

Témoignant des réticences des responsables politiques qui ont pourtant voté l'abrogation de l'interdiction, les décrets d'application de la loi sont publiés très progressivement, jusqu'en 1972. Ce délai traduit l'influence toujours forte de l'opposition catholique et nataliste (Latham, 2002 ; Chauveau, 2003). Par ailleurs, ces décrets sont publiés alors que la discussion parlementaire sur la légalisation de l'avortement est amorcée. C'est notamment dans le but de prévenir le recours à l'avortement en voie de légalisation que le gouvernement prend des mesures d'accessibilité de la contraception. La loi sur l'interruption volontaire de grossesse précise d'ailleurs dans son article 13 : *"En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. À cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information."* La formation des professionnel.le.s de santé n'est pas non plus envisagée avant la dépénalisation de l'avortement, et c'est en 1979, dans la loi de reconduction de la loi Veil, que cette formation devient une obligation légale.

Les processus de libéralisation de l'accès aux méthodes de contraception sont donc très différents d'un pays à l'autre. Alors qu'en Angleterre, la diffusion de la contraception s'est élargie progressivement sur une quarantaine d'années, l'interdiction légale qui caractérisait le contexte français a retardé la mise en place de cliniques de planification familiale, la première clinique française étant fondée quarante ans après celle de Marie Stopes. Les représentations des dynamiques démographiques de part et d'autre de la Manche ont joué des rôles contrastés dans l'appréhension de la régulation de la fécondité : l'influence de l'eugénisme et les inquiétudes quant au risque de surpopulation ont favorisé un consensus politique britannique sur le caractère souhaitable d'une grande accessibilité de la contraception, alors que le natalisme français et le poids du catholicisme ont représenté des obstacles à la légalisation. D'importantes mobilisations sociales féministes ont été nécessaires à l'abrogation de l'interdiction française dans un contexte plus hostile qu'en Angleterre, ce qui a pu également contribuer à la féminisation des enjeux de régulation de la fécondité en faisant du combat

pour la contraception une lutte féministe (Mossuz-Lavau, 2002). En Angleterre, si les organisations féministes, ainsi que les femmes médecins¹⁰⁰ ont joué un rôle important dans les mobilisations en faveur d'un assouplissement des conditions d'accès d'une part, et dans le développement de l'offre contraceptive d'autre part, de nombreux autres acteurs ont participé à ce processus, du mouvement eugéniste aux partisans de la thèse de la surpopulation, en passant par la profession médicale, dans un contexte politique fondamentalement moins hostile. Les médecins britanniques ont en effet manifesté un intérêt pour la planification familiale dès les années 1930, et ont pesé favorablement sur les débats sur la libéralisation de la contraception. En France, si un certain nombre de professionnel.le.s ont rejoint les rangs du MFPF, les organisations représentant la profession et les députés médecins se sont opposé.e.s à l'implication médicale, et le basculement de la contraception dans le domaine de compétence de cette profession renvoie pour partie à un compromis visant l'encadrement social de la nouvelle autonomie accordée aux femmes.

Ces contextes historiques contrastés ont durablement influencé l'appréhension politique de la contraception et les politiques publiques de mise à disposition des moyens de régulation de la fécondité, et se manifestent dans l'organisation actuelle de l'offre contraceptive en France et en Angleterre.

3. Des lois de 1967 à l'offre contraceptive actuelle : les traces du passé

Les lois qui régissent l'accès à la contraception en Angleterre et en France présentent aujourd'hui des dispositions similaires : la plupart des usagères souhaitant obtenir un contraceptif consultent un.e médecin et peuvent obtenir une méthode contraceptive prise en charge par les systèmes de soins nationaux, sans indication thérapeutique particulière, ni restrictions d'âge ou de statut conjugal. Le recours contraceptif s'est d'ailleurs massivement généralisé depuis les années 1950 (Léridon, 1987 ; Darroch, Singh et Frost, 2001 ; Bajos *et al.*, 2004). En France, les représentations négatives entourant initialement les pratiques contraceptives ont évolué vers une plus grande légitimité, notamment du fait de la légalisation de l'avortement : devenu une pratique préventive, le recours contraceptif est majoritairement perçu comme une pratique responsable (Bretin, 1992 ; Bajos et Ferrand, 2004), et comme participant largement à l'amélioration de la vie des femmes, autorisant la planification des naissances, la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale, et une sexualité libérée de la crainte d'une grossesse non désirée.

¹⁰⁰ Caroline Rusterholz, communication personnelle

Malgré des paysages législatifs relativement proches en matière de contraception réversible¹⁰¹, des traces des traditions nationales différentes subsistent dans l'organisation actuelle de l'offre médicale. Dans la lignée des représentations eugénistes des dynamiques démographiques du début du XXe siècle, les gouvernements britanniques ont manifesté, dès les années 1950, une volonté d'encouragement du recours contraceptif auprès de certaines catégories de population qui perdure aujourd'hui, notamment vis-à-vis des jeunes. À l'inverse, en France, la tradition nataliste et les réticences des professionnel.le.s de santé vis-à-vis de la maîtrise individuelle de la fécondité freinent le développement de dispositifs similaires et contribuent à la permanence de certaines difficultés d'accès à la contraception pour les usager.e.s.

a. Le coût de la contraception

En France, la loi Neuwirth de 1967 ne prévoyait pas de prise en charge étatique de la contraception, les responsables politiques considérant qu'un remboursement pourrait être associé à une incitation à la régulation des naissances (Pavard, 2012b). Mais la loi du 4 décembre 1974 prévoit la prise en charge de la contraception au même titre que les autres prescriptions médicamenteuses, c'est-à-dire un remboursement à hauteur de 65 %. Cette prise en charge partielle, ainsi que les modalités de fonctionnement du système de santé français, ont pour conséquence que l'accès à la contraception représente encore aujourd'hui un coût pour les usager.e.s.

Premièrement, l'accès à toutes les méthodes, à l'exception des préservatifs féminin et masculin et des spermicides, est soumis à une consultation médicale. L'enquête COCON a montré en 2000 que le suivi gynécologique est assuré par des médecins généralistes pour environ 20 % des femmes et par des spécialistes, les gynécologues, pour 69 % d'entre elles (Bajos *et al.*, 2004). Or, les gynécologues médicaux et obstétricien.ne.s figurent parmi les spécialistes qui recourent le plus au dépassement d'honoraires. Selon les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, en 2010, 49 % des gynécologues médicaux et 66 % des gynécologues obstétricien.ne.s bénéficient d'une convention dans le secteur 2, avec dépassement d'honoraires permanent. La proportion de gynécologues choisissant le secteur 2 n'a cessé d'augmenter depuis 1985 (elles et ils n'étaient alors que 36 %), alors que le taux de généralistes y recourant a baissé de 16 % à 11 %. Le taux de dépassement d'honoraires pour ces spécialités est également en croissance constante depuis les années 1980 (il est passé de

¹⁰¹ Nous verrons dans le chapitre suivant que les lois régissant l'accès à l'avortement et à la stérilisation volontaire demeurent contrastées d'un pays à l'autre.

27 % à 76 % en 2010) et est inégalé parmi les autres spécialités médicales¹⁰². Les consultations d'accès à la contraception effectuées auprès de spécialistes sont donc plus concernées par les dépassements d'honoraires que les consultations de médecine générale, ce qui implique un coût supérieur pour les usagères, qui sont remboursées sur la base du taux de remboursement en secteur 1. Une étude de marché réalisée en 2013 par l'association *UFC-Que Choisir* a calculé un tarif moyen de 56€ pour une consultation de gynécologie en secteur 2 et de 44€ tous secteurs confondus alors que ces consultations sont prises en charge à hauteur de 28€ par la sécurité sociale¹⁰³. Un rapport sur le renoncement aux soins dans le département du Gard en 2014 a mis en évidence le fait que la gynécologie est le deuxième domaine le plus touché par le phénomène de non-recours aux soins, soit «*un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait*», après les soins dentaires¹⁰⁴. La structure institutionnelle de l'offre de soins peut donc constituer un obstacle dans l'accès à la contraception, même s'il existe des possibilités de consultation en secteur 1, voire sans avance de frais dans le secteur hospitalier¹⁰⁵.

Deuxièmement, les contraceptifs ne font pas tous l'objet de la même prise en charge financière. Les pilules, les dispositifs intra-utérins, l'implant, les injections et les opérations de stérilisation bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 65 % de leur coût. Le patch, l'anneau vaginal, les spermicides, la cape cervicale, les préservatifs masculins et féminins ne sont pas remboursés. Qu'il s'agisse de l'absence de remboursement ou du remboursement partiel, les méthodes de contraception ont un coût pour les usager.e.s, que l'on peut évaluer selon le modèle développé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 2009¹⁰⁶.

¹⁰² Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, *Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système*, 2011

¹⁰³ UFC-Que Choisir, *Honoraires des médecins spécialistes en 2013 Les bornes sont dépassées !*, 2013

¹⁰⁴ Philippe Warin, Catherine Chauveaud, *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard*, CPAM du Gard, 2014

¹⁰⁵ Les Centres d'Education et de Planification Familiale (CEPF) représentent une alternative pour des populations ciblées : les mineures et les femmes ne bénéficiant pas de couverture sociale peuvent y obtenir une consultation contraceptive gratuite. Cependant ces centres sont très inégalement répartis sur le territoire français, avec par exemple environ 4 CEPF pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Alsace contre 19,6 en Martinique (Haute Autorité de Santé, *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*, 2013). De plus, ces centres fonctionnent avec des horaires d'ouverture restreints et parfois inadaptés (Emmanuèle Jeandet-Mengal, *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2002).

¹⁰⁶ Le tableau suivant a été élaboré à partir de trois sources dont la Classification Commune des Actes Médicaux de l'Assurance Maladie et deux rapports : Haute Autorité de Santé, *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*, 2013 ; Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, *La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009.

Tableau 1 : Coût relatif annuel des méthodes de contraception en France

Méthode	Prix approximatif	Périodicité de prise ou pose	Prise en charge par l'Assurance Maladie (à 65 %)	Reste à charge annuel pour les usager.e.s (avant remboursement éventuel complémentaire)
Pilules de 2 ^e génération	Environ 30€/an pour les plus prescrites	Journalière	Oui	Environ 10€/an (7€ pour les génériques)
Pilules de 3 ^e et 4 ^e génération	Environ 110€/an (70€ pour les génériques)	Journalière	Non (sauf une)	70 à 110€/an
Dispositif intra-utérin au cuivre	30€	5 à 10 ans	Oui	Environ 2€/an (calcul sur une durée moyenne de 5 ans)
Dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel	125€	5 ans	Oui	Environ 9€/an
Implant progestatif	106,44€	3 ans	Oui	Environ 12€/an
Anneau vaginal	186,8€/an	Mensuelle	Non	186,8€/an
Timbre contraceptif (patch)	175€/an	Hebdomadaire	Non	175€/an
Contraceptif injectable	2,67 € par injection	Trimestrielle	Oui	Environ 4€/an (hors coût des consultations)
Cape cervicale	Env. 60€ (+ coût spermicides)	Réutilisable 24 mois	Non	Environ 30€/an
Diaphragme	62,32€ (+ coût spermicides)	Réutilisable pendant 12 mois	À hauteur de 3,14€	Environ 60€/an
Préservatif masculin	Env. 0,6€ l'unité (gratuit en CPEF et milieu associatif)	À chaque rapport	Non	Environ 64€/an sur la base de 9 rapports par mois
Préservatif féminin	2,8€ l'unité	À chaque rapport	Non	Environ 302€/an sur la base de 9 rapports par mois
Stérilisation féminine	De 170 à 400€ (hors anesthésie)	Définitive	Oui	Variable selon les praticien.ne.s
Vasectomie	De 60 à 65€ (hors anesthésie)	Définitive	Oui	Variable selon le praticien (70 % des vasectomies sont réalisées dans le secteur privé)
Contraception d'urgence	De 8 à 20€	En cas de rapport non protégé ou de problème contraceptif	Oui, sur ordonnance	De 3 à 20€ à chaque utilisation

La prise en charge de la contraception en France ne permet pas de considérer que son accès est gratuit, ni d'appréhender le choix contraceptif comme neutre du point de vue du coût pour les usager.e.s. Une réflexion en termes d'accessibilité financière a été amorcée à partir de 1999 dans le cadre d'une prise en compte de la spécificité de la situation des mineures et d'une préoccupation nouvelle pour les grossesses non prévues dans cette population (Durand, 2002). La loi de 2001 a autorisé la délivrance de la contraception d'urgence gratuitement aux mineures en pharmacie et par les infirmier.e.s scolaires. En 2009, le Conseil Régional de la région du Poitou-Charentes a mis en place le Pass'contraception, un dispositif depuis repris par d'autres régions (Marié, 2012). Il s'agit de plusieurs coupons permettant aux adolescent.e.s d'avoir accès à des consultations, des analyses biologiques et des prescriptions sans avance de frais et de manière anonyme, auprès des professionnel.le.s de santé de leur région. Mais la question de l'accessibilité financière se limite pour l'instant aux enjeux de l'accès des mineur.e.s en France. Les difficultés financières des personnes majeures ne sont pas pensées comme un obstacle potentiel au recours contraceptif. Pourtant, plusieurs enquêtes ont montré le recours différencié aux contraceptifs en fonction de la classe sociale (Toulemon et Leridon, 1992 ; Guibert-Lantoine et Leridon, 1998 ; Bajos *et al.*, 2004). Ces inégalités sociales sont également sensibles dans la recomposition des usages contraceptifs qui a suivi la « crise de la pilule » de 2012, avec un recours plus important aux méthodes traditionnelles pour les personnes les plus précaires (Bajos *et al.*, 2014).

En Angleterre, la question du coût des méthodes et de la consultation médicale nécessaire à leur obtention ne se pose pas car l'offre médicale est entièrement gratuite. Que les usager.e.s consultent leur médecin généraliste ou un service spécialisé, elles et ils n'ont à payer ni la consultation, ni la méthode choisie qui leur est généralement délivrée sur place à l'issue de la consultation. Lorsque les contraceptifs doivent être retirés en pharmacie, ils sont dispensés de la taxe de prescription normalement appliquée à tout médicament¹⁰⁷. La contraception bénéficie donc d'une accessibilité financière spécifique. À cette accessibilité financière s'ajoute une accessibilité institutionnelle : depuis les années 1960, un nombre croissant de professionnel.le.s et de dispositifs ont été mobilisés pour rendre la contraception accessible, alors qu'en France, la délivrance de contraception est longtemps restée un monopole médical.

b. L'accessibilité de la contraception

La médicalisation de la contraception a instauré le contrôle de la profession médicale sur l'accès à la contraception, les médecins ayant été déclaré.e.s expert.e.s et légitimes à détenir la

¹⁰⁷ Part XVI, Clause 10 du Code tarifaire du NHS (Drug Tariff)

capacité de prescription. Les différentes professions concernées en France et en Angleterre, et l'ouverture variable du droit de prescription à d'autres professionnel.le.s que les médecins, renvoient à une conception politique de l'accès à la contraception. En France, le monopole des médecins a été protégé pendant les quarante premières années de la légalité de la contraception, ce qui a des conséquences en termes d'accessibilité, sur les plans financiers et institutionnel. En Angleterre, une multiplicité de dispositifs d'encouragement au recours contraceptif ont été développés et le droit de prescription est ouvert aux infirmier.e.s.

○ *De l'eugénisme aux inégalités sociales : une politique britannique d'accessibilité à la contraception*

En Angleterre, l'influence de la pensée eugéniste d'une part, et les peurs de surpopulation d'autre part, ont nourri une réflexion politique sur l'accessibilité de la contraception, notamment concernant les classes populaires. Dès les années 1960, un dispositif de visites médicales consacrées à la planification familiale est mis en place dans le cadre d'une collaboration entre la FPA et la *Eugenics Society*. À partir des expériences des visites médicales consacrées au suivi post-natal (Rhodes, 1996), le "*domiciliary birth control*" ou "contraception à domicile" a pour but d'encourager le recours à des contraceptifs au sein des familles des classes populaires, perçues d'une part comme ayant des taux de fécondité supérieurs à la moyenne nationale et d'autre part comme étant confrontées à des difficultés socio-économiques particulières¹⁰⁸. Ce dispositif est étendu au territoire national¹⁰⁹ et encouragé par le gouvernement, marquant l'adhésion des responsables politiques à une appréhension socialement différenciée des besoins contraceptifs de la population. Un film documentaire édité par la FPA en 1973 reflète l'état d'esprit des acteur/rices de la contraception dans les années 1970. Le documentaire débute avec plusieurs plans d'immeubles hérissés d'antennes de télévision avec en arrière-plan sonore des cris d'enfants, suivis d'une mise en garde documentée sur les problèmes de surpopulation. Il montre une forêt dans les environs de Liverpool destinée à disparaître si la croissance démographique urbaine n'est pas endiguée. Le film présente la diffusion de la planification familiale comme le remède à cette menace. Il montre notamment une infirmière dans sa visite aux familles les moins aisées de Liverpool, auxquelles elle propose plusieurs moyens de contraception : pilule,

¹⁰⁸ John Peel et Faith Schenk, « Domiciliary birth control: a new dimension in negative eugenics. », *The Eugenics Review*, vol. 57, n° 2, p. 67-71, 1965.

¹⁰⁹ Marjorie Waite, " Health visitors and birth control advice 1970/71 - Part 1", *Nursing Times*, 68, 1972, pp. 157-159

dispositifs intra-utérins, cape cervicale et stérilisation¹¹⁰. En 1972, Marjorie Waite publie pour le compte du Ministère de la Santé, un rapport sur les pratiques et connaissances des visiteur/euses médicaux/ales qui fait état du comportement proactif de ces visiteur/ses dont plus de la moitié évoque la contraception avec les familles bénéficiant du service, quelle que soit leur situation sociale et financière. Dans certaines circonstances sociales, 90 % des visiteur/ses interrogé.e.s tentent de convaincre les femmes d'utiliser des contraceptifs même si elles n'ont manifesté aucun intérêt pour la contraception¹¹¹. Ce type de dispositif témoigne d'une volonté politique de diffusion de la contraception en direction de certaines classes de la population, et mobilise des professionnel.le.s qui ne sont pas nécessairement médecins.

Cette préoccupation politique pour l'accessibilité de la contraception dans des populations ciblées est renouvelée à travers la thématique des grossesses non prévues adolescentes. Ce phénomène est associé à des conditions socio-économiques défavorables, qui sont aggravées par l'irruption de grossesses non prévues¹¹². La mise à l'agenda politique de cette thématique donne lieu au développement d'une stratégie nationale, la "*National Teenage Pregnancy Strategy*", en 1999, visant notamment une meilleure accessibilité des informations et des méthodes contraceptives, à travers des campagnes de presse, la création d'une ligne d'écoute et une coordination accentuée des acteur/rices impliqué.e.s dans ce domaine. Entre 1999 et 2003, plus de 63 millions de livres sont consacrés à cette stratégie. Les évaluations publiées à partir de 2005 éclairent la manière dont l'accessibilité de la contraception est appréhendée par les responsables politiques. La stratégie est considérée comme un succès, notamment parce que le nombre de conceptions est en baisse (baisse constatée de 3,2 %), et le nombre de naissances adolescentes est d'autant plus diminué que le taux d'avortements augmente. Ce dernier point n'est pas un objectif explicite de la stratégie, mais l'évaluation évoque les conséquences des naissances pour les mères adolescentes, et non celles des avortements (Wilkinson *et al.*, 2006). La stratégie est considérée comme un succès également parce qu'elle semble avoir été développée préférentiellement dans les quartiers et comtés les plus socialement défavorisés. La mise en place de la "*National Teenage Pregnancy Strategy*" reflète la permanence d'une attitude nationale d'encouragement au recours contraceptif (voire au recours à l'avortement), qui cible préférentiellement des populations défavorisées. À la différence des visiteur/ses médicaux/ales des années 1960, ce dispositif ne

¹¹⁰ Documentaire "Family Planning in Community Medicine", produit par London Film Associates, pour la Family Planning Association, en 1973. Archivé au sein de la Wellcome Collection, Londres.

¹¹¹ Marjorie Waite, "Health visitors and birth control advice 1970/71 - Part 1", *op. cit.*

¹¹² Social Exclusion Unit, *Teenage pregnancy: report by the Social Exclusion Unit*, Stationery Office, Londres, 1999

s'accompagne pas d'un discours ouvertement influencé par l'eugénisme, et se fonde plutôt sur l'évocation du cumul des difficultés sociales et sanitaires et de leur impact pour les mères et les enfants. Mais elle témoigne d'une appréhension de la contraception comme une pratique à diffuser, et dont l'accès doit être facilité et encouragé, et d'une prise en compte par les autorités sanitaires des besoins spécifiques des populations les moins socialement favorisées¹¹³.

La culture nationale britannique en matière de contraception est ainsi marquée par une préoccupation pour l'accessibilité des informations et des méthodes. Au-delà de ces dispositifs spécifiques, cette orientation est perceptible dans la multiplicité d'acteur/rices impliqué.e.s dans ce domaine, qui contraste avec le monopole médical français. La prescription contraceptive est majoritairement prise en charge par les médecins généralistes en Angleterre (Davey, 2005), mais elle implique également les infirmier.e.s, habilité.e.s à prendre en charge le conseil contraceptif, mais aussi la prescription, voire des actes comme la pose d'implant ou de DIU, dès lors qu'elles et ils ont suivi des formations adaptées. Cette délégation de service permet de faciliter le recours à la contraception, les infirmier.e.s étant plus disponibles que les médecins dans le système du NHS qui implique parfois des délais relativement long d'accès à la consultation. Une spécialité dédiée aux enjeux de santé sexuelle et reproductive existe depuis 1993. Ces consultant.e.s exercent préférentiellement en structure hospitalière et en services de santé sexuelle et reproductive, et sont potentiellement moins disponibles que les médecins généralistes et les infirmier.e.s, mais elles et ils prennent majoritairement en charge de problèmes spécifiques (intolérances aux hormones, infertilité, contraceptifs impliquant des gestes médicaux).

À l'implication des infirmier.e.s s'ajoute celle des pharmacienn.e.s et des travailleurs sociaux. Les pharmacienn.e.s participent à de nombreux projets de démedicalisation, c'est-à-dire d'accessibilité de la contraception en dehors du parcours médical classique. La profession est habilitée à délivrer la contraception d'urgence sans ordonnance depuis 2001 et est associée à des programmes spécifiques d'élargissement de l'accès à la contraception et de santé sexuelle (Bissell et Anderson, 2003 ; Baraitser, Pearce, Holmes, Horne, *et al.*, 2007 ; Brabin, Thomas, Hopkins, O'Brien, *et al.*, 2009 ; Dabrera, Pinson et Whiteman, 2011 ; Parsons *et al.*, 2013)¹¹⁴.

¹¹³ National Institute for health & Care Excellence, "Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25", Clinical Guidelines 51, 2014

¹¹⁴ Les sages-femmes n'ont pas été intégré.e.s à ce dispositif du fait de la restriction de leur activité aux structures hospitalières, contrairement à la France où cette profession exerce parfois en libéral. Cette profession est cependant habilitée au conseil contraceptif lors des soins anténataux et en post-partum (Rawal, Das et Kishen,

Par ailleurs, des programmes visant spécifiquement à atteindre les jeunes ("youth outreach programs") sont également mis en place depuis les années 1990. Ils peuvent prendre la forme d'horaires spécifiques pour les jeunes ou d'extension des horaires d'ouverture des cliniques, avec des consultations sans rendez-vous, mais aussi de mise en place d'équipes d'intervention prescriptrices dans les écoles (Salmon et Ingram, 2008) ou les lieux de sociabilité des jeunes (Shawe et Ineichen, 2000), en mobilisant des professionnel.le.s non médicaux. Les articles scientifiques analysant ces programmes mettent en avant le taux élevé de grossesses adolescentes au Royaume-Uni et le faible accès des populations racisées et socialement défavorisées à l'offre médicale classique comme justifications de la mise en place de ces programmes (Shawe et Ineichen, 2000 ; Baraitser, Fettiplace, Dolan, Massil, *et al.*, 2002 ; Salmon et Ingram, 2008 ; Parsons *et al.*, 2013). L'existence de programmes d'*outreach* comparables aux États-Unis, pays également concerné par un taux élevé de grossesses adolescentes, peut mener à l'association de ce phénomène et du type de réponse qu'on y apporte¹¹⁵. Mais aux États-Unis, l'appréhension de la contraception a également été fortement influencée par la pensée eugéniste (Soloway, 1990). Ces différents dispositifs peuvent être interprétés comme un héritage des systèmes de visite médicale déployés dans les années 1960, et donc d'une conception de l'accès à la contraception comme devant être encouragé auprès de populations spécifiques, considérées comme "à risque", qu'il s'agisse de grossesses multiples et rapprochées dans les années 1960 ou de grossesses précoces à partir des années 1990. Cette traduction contemporaine des perspectives eugénistes se différencie fortement de l'héritage nataliste français.

○ *En France, une médicalisation monopolistique de la contraception*

La situation française en matière de prescription contraceptive a été caractérisée par un monopole médical jusque dans les années 2000. Seul.e.s les professionnel.le.s détenant un diplôme de médecine étaient autorisé.e.s à prendre en charge la prescription et la délivrance d'informations contraceptives (à l'exception des conseiller.e.s en planification familiale exerçant dans les structures du Planning Familial). La majorité du suivi contraceptif est pris en charge par des praticien.ne.s spécialisé.e.s, les gynécologues médicaux. Cette spécialité s'est développée spécifiquement pour prendre en charge ce nouveau domaine de la médecine,

2005 ; McCance et Cameron, 2014) et est associée aux stratégies nationales d'amélioration de l'accès à la contraception (NICE Clinical guidelines 51, *Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25*, 2014).

¹¹⁵ Social Exclusion Unit, *Teenage pregnancy: report by the Social Exclusion Unit*, Stationery Office, Londres, 1999

notamment du fait du désintérêt des gynécologues obstétricien.ne.s (Guyard, 2008) et défend le suivi contraceptif comme relevant d'une compétence technique justifiant l'existence d'une spécialité médicale à part entière. La protection du monopole médical sur la prescription contraceptive fait partie de la défense de la raison d'être de cette spécialité, qui a été confrontée à une suppression de sa filière de formation en 1983 et a réussi à obtenir, suite à une intense mobilisation des professionnel.le.s et des usagères, une réintégration de l'internat de gynécologie médicale à la formation médicale en 2004. La limitation du droit de prescription aux médecins nuit potentiellement à l'accessibilité de la contraception, conditionnée à l'obtention d'une consultation médicale avec des délais plus ou moins longs selon la disponibilité des praticien.ne.s dans les régions de résidence des usager.e.s (Levasseur, Bagot et Honnorat, 2005). Elle a également des conséquences sur le coût de l'offre contraceptive, pour les pouvoirs publics comme pour les usager.e.s, puisque le recours à un médecin est plus coûteux que le recours à un.e infirmier.e ou à un.e sage-femme.

Le monopole prescriptif français reflète la moindre préoccupation des pouvoirs publics français pour l'accessibilité de la contraception, par comparaison avec les gouvernements britanniques. Le monopole freine par exemple le développement de dispositifs visant à élargir l'accessibilité de la contraception similaires à ceux mis en place en Angleterre dans les écoles ou les lieux de sociabilité et de loisir des jeunes.¹¹⁶ Les politiques publiques françaises en matière de contraception ne semblent donc pas relever d'un encouragement au recours contraceptif, à l'exception des politiques ciblées dans les départements et territoires d'Outre-mer.

Ainsi, historiquement, les DOM-TOM ont fait l'objet de politiques d'accessibilité spécifiques. Dès les années 1960, le gouvernement français adopte en effet une politique plus libérale vis-à-vis de la planification familiale dans ces territoires, par crainte d'une expansion démographique potentiellement coûteuse, les départements revendiquant le droit de bénéficier

¹¹⁶ À partir de décembre 2012, la campagne médiatique entourant le procès d'une utilisatrice de pilule de 3^e génération contre son fabricant a donné lieu à des préoccupations en population générale et dans les sphères décisionnelles et médicales. Cette "crise de la pilule" a renforcé l'argumentaire monopolistique. La couverture médiatique a par exemple donné la parole à certains médecins se prononçant en faveur d'un conditionnement de l'accès à la pilule à des examens approfondis, et au directeur général de l'*Agence Nationale de Sécurité du médicament*, Dominique Maraninchi, proposant de réserver la prescription des pilules contraceptives de 3^e et 4^e génération aux spécialistes (Cf. Dominique Ageorges, " La délivrance de la pilule 3e génération, "excessive", pourrait être limitée", Agence France Presse, 1er janvier 2013 ; Sophie Bartzcak, "La prise de pilule devrait être sous haute surveillance", *Le Point*, 6 janvier 2013). Si ces propositions n'ont pas été retenues, ces événements semblent avoir interrompu les réflexions sur les avantages en termes d'accessibilité d'une démedicalisation de certains contraceptifs, amorcées à la fin des années 2010 (Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, *La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009).

des prestations familiales accordées en Métropole. La première association de planification familiale en Martinique, le CEDIF (Centre d'études, de documentation, d'information familiale et de formation), est créée par la préfecture en 1965, alors que la loi de 1920 prévaut toujours sur l'ensemble du territoire national. C'est dans le même état d'esprit que des travailleuses familiales sont envoyées dans les quartiers ruraux pour promouvoir la contraception auprès des femmes à partir des années 1960 (Gautier, 1988). Si les politiques contraceptives françaises sont moins marquées par les préoccupations en termes de classes sociales qu'en Angleterre, elles contiennent donc une dimension de race et de classe dans le cadre des départements et territoires d'Outre-mer.

Depuis les années 2000, le monopole médical sur la prescription contraceptive a fait l'objet de quelques assouplissements. Les infirmier.e.s sont autorisé.e.s à délivrer la contraception d'urgence dans les écoles, de même que les pharmacien.ne.s, et peuvent également prolonger une ordonnance contraceptive de six mois. Depuis la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes sont autorisé.e.s à prescrire tous les contraceptifs¹¹⁷ et à poser et retirer des dispositifs intra-utérins et des implants, et ce au-delà du cadre du suivi post-natal des usagères. L'objectif de cet aménagement du monopole médical contraceptif est de faciliter l'accès à un suivi gynécologique face à la baisse des effectifs gynécologiques liée à la suppression de la spécialité pendant vingt ans, mais aussi parce que le tarif réglementé des consultations en maïeutique est inférieur à celui des gynécologues.

La profession médicale s'est systématiquement opposée aux aménagements du monopole, qu'il s'agisse de la possibilité pour les infirmier.e.s et les pharmacien.ne.s de prolonger des ordonnances de pilule¹¹⁸ ou de la nouvelle compétence reconnue aux sages-femmes. Les syndicats médicaux et le Conseil de l'Ordre des Médecins ont ainsi pris publiquement position contre ces changements. La *Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale* a publié un communiqué de presse le 19 décembre 2013 : « *La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale s'oppose fermement aux projets gouvernementaux de confier la prise en charge de la santé de la femme aux sages-femmes et rejette la possibilité pour les femmes de trouver des consultations de« premier recours » auprès de Sages-Femmes. Les Sages-femmes ne peuvent pas avoir la compétence, après 4 ans d'études en maïeutique, pour différencier une situation normale d'une situation*

¹¹⁷ Les sages-femmes étaient autorisé.e.s à prescrire des capes cervicales et des diaphragmes depuis 1982 (Loi 82-413 1982-05-19 art. 11 JORF 20 mai 1982)

¹¹⁸ Conseil National de l'Ordre des Médecins, "Prescription des contraceptifs oraux : l'Ordre exprime ses réserves", *Médecins - Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins*, n°12, juillet-août 2010

pathologique que ce soit en situation de première consultation gynécologique, de choix contraceptif, de prise en charge de toute pathologie et d'un suivi gynécologique. »¹¹⁹

L'enquête FECOND de 2010 a montré que la majorité des médecins généralistes et des gynécologues s'oppose à la prise en charge de la prescription de pilules contraceptives par les infirmier.e.s (respectivement 77 % et 87 % de l'échantillon n'y sont "plutôt pas" ou "pas du tout favorable") et par les sages-femmes (58 % des gynécologues mais seulement 32 % des médecins généralistes). L'ensemble de la profession se montre particulièrement opposé à la vente en pharmacie sans ordonnance des pilules œstro-progestatives (à plus de 90 %) et des pilules progestatives seules (à plus de 80 %). Les projets de démedicalisation, envisagés pour favoriser l'accès à la contraception et réduire les échecs contraceptifs liés aux discontinuations rencontrent donc une opposition massive de la part des prescripteur/rice.s actuel.le.s.

Ce type de réactions n'a pas été constaté en Angleterre lors de l'ouverture de la compétence prescriptive aux infirmier.e.s, une ouverture qui n'est pas spécifique à la contraception. L'organisation financière spécifique du NHS, dans lequel les praticien.ne.s sont rémunéré.e.s de manière forfaitaire, contribue sans doute à une perception de l'implication des autres professions médicales en termes de complémentarité plutôt que de concurrence. La délégation de travail permet par ailleurs de réguler les problèmes de surcharge récurrents au sein du NHS, ce qui participe probablement de l'absence d'opposition et de la satisfaction globale des médecins vis-à-vis de ces dispositifs (Luker, Austin, Willock, Ferguson, *et al.*, 1997 ; Cooper *et al.*, 2008, 2011). En France, le système du paiement à l'acte favorise au contraire des attitudes de protection du monopole, mais aussi une complexification du parcours de soins : à titre d'exemple, le renouvellement fréquent des ordonnances de pilule contraceptive (tous les 6 mois, portés à un an en 2012) passe par une consultation, source de rémunération, alors qu'en Angleterre, les renouvellements d'ordonnance peuvent être effectués par les secrétariats médicaux ou même par courrier¹²⁰, gratuitement.

À l'exception de la contraception d'urgence, qui a été rendue accessible sans ordonnance en France deux ans avant l'Angleterre, la comparaison de l'offre contraceptive dans les deux

¹¹⁹ <http://syngof.fr/communiqués-presse/ceder-aux-sages-femmes-sur-le-premier-recours-cest-brader-la-sante-des-femmes-et-revenir-loin-en-arriere/>, consulté le 30/07/2015

¹²⁰ Cf. Annexe 2 Depuis 2012, le British Pregnancy Advisory Service met également à disposition la contraception d'urgence par voie postale ("Free morning-after pill will be sent by post", *Community Practitioner*, Vol. 85, n°1, janvier 2012)

pays met en évidence un effort d'accessibilité plus important en Angleterre. Cette situation est à mettre en relation avec la capacité de négociation de la profession médicale française qui est longtemps parvenue à maintenir un monopole prescriptif. Les projets de démedicalisation relative qui se développent depuis une dizaine d'années en Angleterre n'ont pas d'équivalent sur le territoire français. Ces dispositifs renvoient à une perspective de santé publique plus ancrée en Angleterre qu'en France, la perception de populations plus à risque de grossesses non prévues que d'autres donnant lieu à une réflexion sur l'accessibilité. Si les inégalités d'accès à la contraception sont perçues en France, leur prise en compte politique se traduit par une réflexion sur les coûts et éventuellement l'anonymat, mais aucun programme d'encouragement au recours contraceptif équivalent aux expériences britanniques n'a été mis en place. Le monopole prescriptif français renvoie également au rôle de contrôle social de la médicalisation de la contraception en France (Bretin, 1992 ; Bajos et Ferrand, 2002).



Le retour sur les premières prises de positions relatives aux pratiques anticonceptionnelles dans les sphères publiques anglaise et française permet d'appréhender le point de départ de la structuration de politiques publiques nationalement spécifiques. À partir de représentations influencées par des courants de pensée différents, la baisse de la natalité constatée dans les deux pays, et ce, dans des temporalités spécifiques, a donné lieu à l'élaboration de cadres d'analyse contrastés. En France, la convergence de la profession médicale et des démographes sur la thématique de l'avortement a nourri un consensus sur la nécessité de favoriser un fort taux de natalité, notamment *via* la répression du recours à l'avortement et de la diffusion d'informations sur la contraception. Cette culture nataliste a durablement influencé l'appréhension française de la démographie, et de la régulation individuelle de la fécondité. En Angleterre, l'influence de l'eugénisme a contribué à focaliser les discours sur la stratification sociale des taux de natalité. La perception d'une natalité jugée menaçante dans les classes populaires a circonscrit les inquiétudes politiques vis-à-vis des dynamiques démographiques sur l'équilibre intérieur entre classes sociales, et n'a pas permis à un consensus opposé au recours contraceptif d'émerger.

Ces cadres d'analyse ont ainsi associé les pratiques contraceptives à des enjeux différents de part et d'autre de la Manche : responsables d'une baisse de la natalité préjudiciable à la nation en France, elles ont plutôt été tolérées en Angleterre, afin de favoriser la santé maternelle, et progressivement encouragées, notamment à la faveur de préoccupations liées à la perception d'une menace de surpopulation. Les gouvernements britanniques ont ainsi adopté des politiques d'encouragement au recours contraceptif à partir des années 1950, qui perdurent aujourd'hui dans des programmes spécifiques à destination des jeunes et des populations défavorisées, et dans des politiques d'accessibilité géographique et financière. En France, la tradition nataliste et l'opposition catholique ont longtemps constitué des obstacles à une large diffusion des moyens de contraception, et ce n'est que l'état de fait créé par le Mouvement Français pour le Planning Familial qui a remis en question l'interdiction légale de diffusion d'informations. L'organisation actuelle de l'offre contraceptive en France demeure marquée par une moins grande accessibilité des services lorsqu'on la compare à son équivalent britannique.

Au cœur des ces développements historiques nationaux, les représentations et les prises de positions médicales semblent avoir joué un rôle primordial, et fortement différencié de part et d'autre de la Manche. Les médecins français.es sont présent.e.s dans les commissions parlementaires qui ont donné lieu à la loi de 1920, tout comme dans l'opposition à la loi Neuwirth de 1967, alors que la profession médicale britannique a appuyé les décisions législatives libérales, voire a initié des réformes comme par exemple la levée des indications thérapeutiques à la prescription contraceptive proposée par le député médecin Edwin Brooks. Si des membres de la profession médicale se sont mobilisé.e.s en faveur et en défaveur d'une libéralisation de la contraception dans les deux pays, et qu'il est donc impossible de leur attribuer des représentations et attitudes homogènes, des tendances nationales se dessinent cependant à travers ces retours historiques, et suggèrent une plus grande acceptabilité du principe de régulation de la fécondité parmi la profession médicale britannique que parmi leurs homologues français.es.

Il paraît donc essentiel de pouvoir caractériser les cultures professionnelles médicales en matière de régulation de la fécondité et d'autonomie procréative, afin d'une part de mieux comprendre le rôle joué par les médecins dans la structuration de cultures nationales contraceptives différenciées. D'autre part, dans la mesure où la médicalisation des enjeux contraceptifs a conféré un rôle déterminant aux médecins dans les parcours d'accès à la contraception (Bretin, 1992), ces cultures institutionnelles peuvent avoir une influence au niveau individuel de l'interaction avec les usager.e.s, et donc sur l'accessibilité réelle des

moyens de régulation de la fécondité. Les exemples de l'avortement et de la stérilisation contraceptive volontaire permettent d'aborder plus en détail les tendances observées historiquement et actuellement dans les représentations et attitudes des membres de la profession médicale, en France et en Angleterre.

Chapitre 5 : Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : **les exemples de l'avortement et de la stérilisation**

La France et l'Angleterre se distinguent en matière d'appréhension des enjeux de maîtrise de la fécondité, la tradition nataliste française s'opposant à une attitude plus favorable à la diffusion de la contraception en Angleterre. Les politiques publiques organisant l'offre contraceptive dans chaque pays sont inscrites dans ces traditions politiques nationales, avec par exemple des conceptions différentes de l'accessibilité contraceptive. Mais les dispositions légales sur le coût ou sur le droit de prescription ne sont pas le seul facteur influençant l'accès des individus à des moyens de contrôler leur fécondité. Dans un contexte de médicalisation de ces enjeux, les professionnel.le.s de santé jouent un rôle prééminent dans la mise à disposition effective des méthodes de contraception. Ce sont les médecins qui interprètent et appliquent la loi dans le cadre de la consultation contraceptive. Elles et ils contribuent à l'élaboration des normes de pratiques en la matière, et ce d'autant plus que la médicalisation de la régulation de la fécondité leur confère un statut d'expert.e.s sur ces enjeux. Ainsi, au-delà du cadre légal traduisant des représentations majoritaires nationales en matière de contraception, les cultures professionnelles médicales influencent l'effectivité des droits des usager.e.s en matière procréative. Afin de caractériser les représentations et attitudes des médecins de part et d'autre de la Manche, ce chapitre est consacré à l'analyse socio-historique des positions adoptées par la profession médicale vis-à-vis des enjeux de maîtrise de la fécondité, à travers la participation des médecins et de leurs instances représentatives aux débats politiques mais aussi à l'organisation de l'offre sanitaire. S'intéresser plus précisément aux discours et pratiques professionnelles permet d'appréhender les contours de représentations majoritaires dans les groupes professionnels britannique et français, et leurs conséquences sur l'accessibilité des méthodes permettant de maîtriser la fécondité. Ce chapitre est centré sur l'histoire de la diffusion de deux types de méthodes qui apparaissent particulièrement représentatives des différences caractérisant la France et l'Angleterre : l'avortement et les méthodes de stérilisation.

I. Les médecins et la loi : des attitudes professionnelles contrastées face à l'avortement

L'accessibilité des méthodes abortives est une condition de la possibilité pour les individus de maîtriser leur fécondité et donc de bénéficier d'une sexualité sans risques. En effet, toutes les méthodes de contraception disponibles comportent un risque d'échec, accentué par de potentiels problèmes d'observance lorsque la méthode utilisée ne correspond pas aux préférences et au mode de vie des usager.e.s¹²¹. Quel que soit l'encadrement légal de l'avortement et qu'il soit possible ou non d'y recourir médicalement, cette méthode appartient historiquement aux moyens utilisés par la population pour éviter de mener à terme des grossesses non souhaitées (Figà-Talamanca *et al.*, 1986 ; McLaren, 1992 ; Koster-Oyekan, 1998 ; Accampo, 2003). Ces pratiques ont cependant été historiquement condamnées en France comme en Angleterre, et ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XXe siècle qu'elles ont été pleinement légalisées. En Angleterre, le processus menant à la légalisation de l'avortement a été amorcé en 1929, l'*Infant Life (Preservation) Act* autorisant les médecins à réaliser des interruptions de grossesse pour préserver la vie des femmes enceintes. L'élargissement progressif des indications a débouché sur l'intégration de l'avortement au NHS en 1967. En France, un dispositif identique a été mis en place en 1939 pour sauver la vie des femmes enceintes mais la dépénalisation n'est intervenue qu'en 1975, et la prise en charge totale de l'interruption volontaire de grossesse et des examens médicaux afférents n'a été achevée qu'en 2016¹²². Ces temporalités contrastées reflètent les appréhensions nationales de l'autonomie procréative et des moyens qui doivent lui être alloués. Mais au-delà du symbole de cultures nationales contrastées en matière de régulation de la fécondité qu'il représente, l'avortement permet de saisir les rôles spécifiques joués par la profession médicale face à ces enjeux. Les médecins peuvent d'une part intervenir dans les débats entourant le processus de légalisation, en tant qu'adjuvant.e.s ou opposant.e.s, et leur statut d'expert.e.s peut fortement influencer la décision publique. D'autre part, dans la mesure où les deux pays ont choisi la voie de la médicalisation de l'avortement, le rôle des médecins se révèle primordial dans la mise à disposition des procédures abortives. La manière dont les professionnel.le.s de santé interprètent et appliquent la loi se révèle particulièrement éclairante quant aux cultures institutionnelles nationales en matière d'autonomie corporelle des individus.

¹²¹ Organisation Mondiale de la Santé, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, 2013

¹²² Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

1. Légaliser l'avortement : la profession médicale face au changement

Le recours à l'avortement a traditionnellement été considéré amoral et condamné légalement en France comme en Angleterre, un contexte qui n'a pas freiné son utilisation par les femmes (McLaren, 1992). L'histoire de la légalisation de cette pratique s'inscrit pleinement dans les approches nationales des enjeux de régulation de la fécondité : il s'agit, comme pour la contraception, d'un processus long et progressif en Angleterre, et d'un objet d'intenses mobilisations sociales en France, avec un basculement légal précis en 1975. Les différentes formes d'implication de la profession médicale dans les débats autour de la légalisation et de la prise en charge par les systèmes de santé nationaux des procédures d'avortement constituent un élément de distinction particulièrement prégnant entre les deux pays. La médicalisation de l'avortement sert ainsi des objectifs différents : sa libéralisation en Angleterre et son contrôle en France.

a. *La mobilisation des médecins britanniques pour libéraliser l'avortement*

En Angleterre, dès 1929, la pratique d'un avortement par un.e médecin est autorisée pour sauver la vie de la femme enceinte, via l'*Infant life (preservation) Act*. Dès le vote de cette loi, une partie de la profession médicale se mobilise pour obtenir un élargissement des conditions autorisant la pratique de l'avortement. Les médecins pratiquant des avortements souhaitent en effet une clarification des indications permettant de qualifier une procédure de légale ou d'illégale, et se prononcent en faveur de la reconnaissance d'indications sociales, leur autorisant une plus grande marge de manœuvre. Un comité de la BMA se positionne par exemple en faveur d'un recours légal à l'avortement en cas de violence (viol ou inceste) en 1936¹²³. Si la BMA refuse dans un premier temps de faire des conclusions du comité sa position officielle, les publications individuelles au sein du *British Medical Journal* témoignent d'une ouverture relative de la profession médicale à l'égard du recours à l'avortement.

Ce positionnement médical favorable à une libéralisation de l'avortement s'inscrit dans le contexte sanitaire de l'entre-deux-guerres : les avortements clandestins et leurs conséquences sur la santé des femmes, dans un contexte de mobilisation publique autour des enjeux de la santé maternelle, sont alors perçues comme un problème de santé publique. Le comité gouvernemental Birkett produit en 1937 un rapport qualifiant l'avortement de première cause

¹²³ Keith Hindell, Madeleine Simms, "How the Abortion Lobby Worked", *The Political Quarterly*, Vol. 39, n°3, 1968, p. 272

de mortalité maternelle évitable et se prononce en faveur de la libéralisation¹²⁴. La mobilisation médicale tire sa légitimité de cette appréhension de l'avortement comme problème de santé publique.

La mobilisation de la profession médicale passe notamment par la collaboration de médecins avec l'*Abortion Law Reform Association* (ALRA), fondée en 1936, et qui milite pour un élargissement des critères rendant le recours à l'avortement légal, à partir d'une synthèse d'arguments eugénistes, socialistes et de préoccupations pour la santé maternelle¹²⁵. À titre d'exemple, l'obstétricien Aleck Bourne organise en collaboration avec l'ALRA un procès visant à faire évoluer la jurisprudence en 1938. L'affaire concerne un avortement procuré par le médecin à une jeune femme de 14 ans, tombée enceinte suite à un viol collectif. Le procès se conclue par un acquittement, et la jurisprudence *Rex v. Bourne* devient un point d'appui pour la réalisation d'avortements à la suite de violences. Deux jurisprudences viennent confirmer cette orientation légale en 1948 (*R. v. Bergmann and Ferguson*) et 1958 (*R. v. Newton and Stungo*). La profession médicale participe ainsi à la mobilisation militante et un cinquième des membres de l'ALRA est issu de ses rangs¹²⁶.

L'action conjuguée de l'ALRA et de la profession médicale s'atténue fortement durant la Seconde Guerre mondiale, mais dans les années 1960, la médiatisation des avortements clandestins s'accroît, en privilégiant une approche en termes de santé publique. Plusieurs enquêtes évaluent le nombre d'avortements illégaux entre 10 000 et 250 000 par an, et le nombre de morts associées à plusieurs centaines annuelles¹²⁷. Dans le cadre du NHS nouvellement mis en place, la prise en charge des femmes subissant des complications est perçue comme très coûteuse pour le système de santé national (Yates, 2011).

Le contexte politique et social s'avère de plus en plus hostile aux limites posées par la loi au recours à l'avortement. En dépit de la loi, la répression des avortements est limitée, avec une cinquantaine de condamnations annuelles dans les années 1960, concernant les personnes réalisant des avortements, car lorsque les femmes ayant avorté comparaissent, elles

¹²⁴ "Nous recommandons l'amendement de la loi afin qu'il devienne indéniable qu'un professionnel médical agit légalement lorsqu'il procure un avortement à une femme enceinte dont les circonstances font apparaître que la poursuite de la grossesse mettrait en danger sa vie ou sa santé." (Madeleine Simms, "Abortion Law and Medical Freedom", *The British Journal of Criminology*, Vol. 14, n°2, 1974, p. 120).

¹²⁵ Madeleine Simms, membre de l'ALRA revient, dans un compte-rendu postérieur au vote de la libéralisation, sur les préoccupations initiales de l'ALRA : "Les membres les plus sains, les plus vigoureux et les plus capables de la plus jeune génération avaient été massacrés dans les tranchées ; les classes supérieures étaient devenues maîtres dans l'art du contrôle des naissances ; beaucoup avaient l'impression que les incapables et les inaptes étaient les seuls qui allaient fournir la prochaine génération de Britanniques." (Keith Hindell, Madeleine Simms, "How the Abortion Lobby Worked", *op. cit.*, p. 270).

¹²⁶ *Ibid.*, p. 275

¹²⁷ Bernard M. Dickens, *Abortion and the Law*, MacGibbon & Kee, 1966

bénéficient généralement de la clémence des jurés. Témoignant d'une opinion publique réticente vis-à-vis de la condamnation des avortements illégaux, les forces de police adoptent une politique relativement laxiste et passive : les avorteurs et avorteuses ne sont poursuivis qu'en cas de décès ou de conséquences graves pour la santé des avortantes (Ferris, 1966). La population, lorsqu'elle est sollicitée pour témoigner, se montre peu coopérative. Et si ces poursuites donnent lieu à des procès, les peines ne dépassent pas cinq ans d'emprisonnement et les avorteur/ses reçoivent parfois un soutien public important, notamment lorsqu'il s'agit de membres de la profession médicale (Sheldon, 1997). Les condamnations de médecins donnent lieu à des mobilisations collectives, comme lors de la condamnation du médecin William Tellam à trois ans d'emprisonnement en réaction à laquelle 18 000 personnes signent une pétition exigeant une amnistie (Brookes, 1988).

Témoignant de l'assouplissement des représentations sociales de l'avortement, l'Église anglicane adopte des postures résolument libérales, en comparaison avec les instances dirigeantes catholiques, en ce qui concerne le recours à l'avortement, considéré comme acceptable dans certaines situations sanitaires et sociales à partir de 1966, via la publication d'*Abortion: An Ethical Discussion*. Un sondage parmi les clercs anglicans en 1967¹²⁸ montre l'adhésion du clergé protestant à la proposition de loi libéralisant le recours à l'avortement¹²⁹.

L'opinion publique s'avère ainsi majoritairement défavorable à une politique de répression de l'avortement, et l'appréhension politique de cet enjeu se focalise sur ses aspects sanitaires, plutôt que sur des enjeux moraux ou démographiques. La moindre condamnation de l'avortement est également liée à la perception d'un double standard en la matière. Les femmes issues des classes sociales les plus favorisées disposent en effet de plus de moyens de recourir à des avortements sûrs, procurés par des médecins dans le secteur privé, que les femmes les moins riches. Les inégalités sociales d'accès à l'avortement sont dénoncées à travers la description d'une loi inégalement appliquée, à géométrie socialement variable. Cet argument est mobilisé par des députés réformistes comme Kenneth Robinson qui présente sa proposition de loi au Parlement en 1961 en ces termes: "*C'est une affaire extrêmement simple, pour qui a suffisamment d'argent, de faire interrompre sa grossesse aujourd'hui par un médecin qualifié, sur des indications médicales les plus légères qui soient... Cela mène tout*

¹²⁸ Keith Hindell, Madeleine Simms, "How the Abortion Lobby Worked", *op. cit.*, p. 279

¹²⁹ L'opposition conservatrice et/ou catholique existe mais met du temps à se constituer. La *Society for the Protection of Unborn Children* (SPUC) est créée en 1967, en réaction aux larges majorités obtenues par l'*Abortion Act* dans les deux chambres parlementaires, mais donc trop tardivement pour influencer le processus parlementaire ou la teneur de la loi. Une autre organisation anti-choix britannique d'envergure, LIFE, a également été créée a posteriori en 1970.

simplement à une situation où il y a une loi pour les riches et une loi pour les pauvres. S'il ne fallait retenir qu'une seule raison d'amender la loi, je trouve celle-ci extrêmement valable." (Sheldon, 1997, 19).

Dans ce contexte, la conjugaison du lobbying de l'ALRA, qui a déjà contribué à l'élaboration de plusieurs propositions de loi¹³⁰, et de la mobilisation médicale, contribue à faire évoluer le cadre d'appréhension de l'avortement. L'ALRA s'appuie sur une stratégie de médicalisation de l'avortement en partant du principe que le soutien de la profession médicale est déterminant dans l'attention portée par les parlementaires à cette thématique (Halfmann, 2003, 577). L'adhésion du corps médical à la perspective réformatrice est au cœur de la stratégie déployée dans les années 1960 par l'association : elle publie en 1965 un sondage réalisé parmi les médecins londonien.ne.s montrant l'adhésion de 69 % des répondant.e.s à l'objectif de la réforme. Le sondage permet aussi de montrer que 84 % des médecins considèrent que l'avortement est un acte sûr et 75 % d'entre elles/eux se prononcent en faveur de sa prise en charge au sein du National Health Service¹³¹.

La profession médicale a quant à elle intérêt à obtenir une clarification légale lui permettant de procurer des avortements sans crainte de poursuites. Même si la majorité des (rares) condamnations dans les années 1950 et 1960 concerne des avorteuses clandestines, les médecins souhaitent obtenir une législation plus libérale afin de pouvoir considérer tout avortement procuré sur indications médicales comme légal. La BMA se prononce en faveur de la libéralisation et ses positions sont partagées par le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), qui représente les spécialistes et se prononce en faveur d'une légalisation de l'avortement, ainsi que d'autres organisations moins influentes comme la *Royal Medico-Psychological Association* et la *Medical Women's Federation* (Halfmann, 2003). Si ces organisations professionnelles soutiennent l'objectif de réforme de l'ALRA, elles promeuvent une vision spécifique de la libéralisation. Les militant.e.s de l'ALRA souhaiteraient voir inscrire dans la loi des indications sociales particulières, comme le viol ou la situation économique, afin de garantir aux femmes le droit d'obtenir un avortement dans ces circonstances. La profession médicale s'y oppose car l'absence de spécifications permet de protéger l'autonomie des médecins impliqué.e.s en les laissant seul.e.s juges du bien-fondé de la procédure : *"La spécification légale d'indications à l'avortement impliquait intrinsèquement une menace de la part de l'État à l'autonomie clinique des médecins, puisque*

¹³⁰ Sept propositions de loi visant à élargir les conditions légales de recours à l'avortement sont élaborées entre 1952 et 1966, sans jamais être inscrites à l'ordre du jour parlementaire.

¹³¹ Keith Hindell, Madeleine Simms, "How the Abortion Lobby Worked", *op. cit.*, p. 276-277

ces spécifications dictaient les circonstances dans lesquelles les médecins pouvaient procurer des avortements. Et la spécification d'indications non médicales impliquait une menace à l'autonomie clinique de la part des femmes qui pouvaient "exiger" un avortement." (Gleeson, 2007, 577).

Le changement légal intervient à l'initiative du député David Steel. Contacté par l'ALRA, il établit également des contacts répétés avec les organisations professionnelles médicales. Ces dernières ont réuni un comité d'expertise spécifique en 1965, qui envoie ses rapports à tous les membres du Parlement pour instruire la discussion et la décision des députés. Les représentants de la profession rencontrent régulièrement David Steel et le Ministère de la Santé, tout au long du processus parlementaire. Une proposition de loi émanant de cette collaboration est présentée au Parlement selon la procédure des *Private's Member Bill*¹³².

À l'issue des discussions parlementaires, l'*Abortion Act* est voté en 1967. Il signale le retrait quasi-total de l'État qui laisse désormais les médecins arbitrer le recours à l'avortement, la formulation de la loi rendant la réalisation d'avortement légale tant que les médecins estiment "de bonne foi" qu'il est indiqué médicalement¹³³. Cette indication est définie comme un "*risque plus important si la grossesse est poursuivie que si elle est interrompue*"¹³⁴. Cette perspective est qualifiée d'"argument statistique", dans la mesure où la poursuite de la grossesse est statistiquement toujours plus risquée pour la santé de la femme enceinte qu'un avortement (Latham, 2002), ce qui rend donc en principe tout avortement légal. Les termes de la loi reflètent la domination de la perspective de la profession médicale sur les négociations, en attribuant une grande marge de manœuvre aux médecins dans

¹³² La majorité des lois votées au sein du Parlement britannique sont des projets de loi proposés par des membres du gouvernement. Il existe cependant une procédure pour discuter des propositions de loi issues des membres du Parlement non gouvernementaux, selon un tirage au sort qui permet à des députés de faire discuter leurs propositions treize vendredis par an, pour des sessions de cinq heures. Les propositions présentées selon cette procédure (*Private Member's Bills*) sont en concurrence pour du temps de discussion et bénéficient globalement d'une chance moindre d'être discutées et adoptées en comparaison avec les projets gouvernementaux, à moins d'être soutenues par le gouvernement et de bénéficier de temps supplémentaire. Cette procédure est cependant largement utilisée par les acteurs civils et les lobbys qui approchent les députés tirés au sort pour leur faire proposer des lois particulières.

¹³³ L'*Abortion Act 1967* stipule qu'un.e médecin peut réaliser un avortement si elle ou il considère, avec l'aval d'un.e autre médecin: "(a) que la poursuite de la grossesse impliquerait un plus grand risque pour la vie de la femme enceinte ou un plus grand préjudice pour la santé physique ou mentale de la femme enceinte ou d'enfants existant dans sa famille, que si la grossesse était interrompue; ou (b) qu'il y a un risque avéré que l'enfant à naître souffre d'anormalités mentales ou physiques sérieusement handicapantes." Le paragraphe 2 précise: "Afin de déterminer si la poursuite de la grossesse impliquerait les risques de préjudice évoqués dans le paragraphe (a), l'environnement actuel et raisonnablement prévisible de la femme enceinte sera pris en compte".

¹³⁴ La législation britannique et la profession médicale utilisent le terme de "termination of pregnancy" et non d'interruption. Nous avons traduit ici "terminated" par "interrompue" pour rendre le texte français compréhensible, bien que cette différence sémantique nous apparaisse significative.

l'appréciation de l'indication des avortements et dans leur réalisation, et en refusant de définir des circonstances sociales garantissant l'accès à l'avortement pour les femmes qui le souhaiteraient¹³⁵.

La supervision médicale entérinée par la loi apparaît comme une limite suffisante pour les responsables politiques, qui ne posent pas de spécification ou de restriction supplémentaires, qui seraient perçues comme une limite posée à l'autonomie médicale. La loi ne précise aucune condition d'âge, ni de délais : l'*Infant Life (preservation) Act* continue à s'appliquer, et fixe la limite à la viabilité du fœtus, en condamnant la "*destruction d'un enfant capable de naître en vie*" après 28 semaines de gestation. La médicalisation de l'avortement permet ainsi de défendre une loi libérale, selon les demandes de la profession médicale qui constituent des arguments plus puissants et des intérêts mieux représentés que la question de l'autonomie corporelle des femmes (Sheldon, 1997).

Le soutien de la profession médicale à la libéralisation des conditions de recours légal à l'avortement a donc été décisif pour le changement législatif. Cette position assumée par les organisations représentant la profession diverge profondément de celle adoptée par leurs homologues françaises. Le débat sur la dépénalisation de l'avortement dans l'Hexagone se révèle plus tardif et plus houleux, et la profession médicale apparaît beaucoup plus divisée sur la question.

b. Une profession médicale française divisée

En France, l'interdiction de recours à l'avortement par la loi de 1920 s'est vu renforcée en 1923¹³⁶, puis sous le régime de Vichy qui aggrave les sanctions à destination des avortantes et des personnes les ayant aidées, jusqu'à faire de l'avortement un crime d'État passible de la peine de mort en 1942 (Cahen, 2016). Cependant une disposition spécifique de 1939¹³⁷ autorise les médecins à procurer des avortements pour protéger la vie des femmes enceintes, dans des termes proches de l'*Infant life (preservation) Act* britannique. Mais contrairement aux médecins britanniques, qui faisaient une utilisation assez large du cadre légal de l'avortement thérapeutique, les médecins français.es en font une interprétation

¹³⁵ La majorité des membres de l'ALRA se déclarent d'ailleurs déçu.e.s par la réforme législative : un sondage interne montre que seuls 39 % des membres de l'ALRA sont satisfait.e.s par l'*Abortion Act* qui, malgré son libéralisme, apparaît favoriser l'autonomie médicale au détriment du droit des femmes (Keith Hindell, Madeleine Simms, "How the Abortion Lobby Worked", *op. cit.*, p. 276).

¹³⁶ La loi du 27 mars 1923 change le statut de l'avortement désormais jugé en juridiction correctionnelle par des magistrat.e.s professionnel.le.s plutôt que par des jurys populaires, afin de limiter le laxisme des jugements prononcés.

¹³⁷ Article 87 du décret-loi du 29 juillet 1939 (*Journal Officiel* du 30 juillet 1939, p. 9616)

restreinte et refusent parfois la prise en charge de cas d'urgence, préférant renvoyer les femmes vers les hôpitaux afin d'éviter tout risque de poursuite. La profession ne se mobilise pas non plus pour un élargissement des indications posées par la loi. Le contexte politique et judiciaire est en effet plus hostile : jusque dans les années 1960, le nombre de condamnations pour avortement dépasse la centaine par an en France (Latham, 2002), et le renforcement de la répression sous le régime de Vichy a eu pour conséquence une condamnation à mort en 1943. Par ailleurs, le Conseil National de l'Ordre des Médecins est très défavorable à une dépénalisation de l'avortement et s'oppose par exemple à ce qu'une loi d'amnistie bénéficie à des avorteur/ses en 1947 (Ferrand et Jaspard, 1987, 16).

En France, le débat émerge ainsi plus tardivement qu'en Angleterre. La légalisation de la diffusion d'informations sur la contraception est défendue par le MFPPF comme un moyen de prévenir les avortements, mobilisés comme figure repoussoir, et une éventuelle dépénalisation n'est pas à l'ordre du jour en 1967 (Pavard, 2012b). Le débat n'est pas initié par un lobbying médical, mais par un mouvement social de grande ampleur. Notamment issu des mobilisations féministes du *Mouvement pour la Libération des femmes*, le *Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et la Contraception* (MLAC) met progressivement en place une offre abortive clandestine, mais médiatisée, sur l'ensemble du territoire français, et organise également la prise en charge de femmes souhaitant avorter à l'étranger, notamment en Angleterre (Zancarini-Fournel, 2003 ; Pavard, 2009, 2012a). Il est rejoint à partir de 1973 par le MFPPF qui opère un tournant dans ses prises de position sur le sujet à la faveur d'une recomposition interne (Garcia, 2005). La publicité de la réalisation des avortements, ainsi que la médiatisation d'actions en justice, comme le procès de Bobigny en 1972 (Pavard, 2012b), poussent les parlementaires à se saisir de la question de l'avortement, et les discussions sont amorcées à partir de 1974, sous la houlette de Simone Veil.

La profession médicale française réagit de manière contrastée à cette discussion publique. Une part minoritaire de médecins s'engagent au côté du MLAC, mais ces derniers constituent "l'avant-garde" de la profession, et se distinguent fortement sur le plan social et politique : elles et ils sont jeunes, parfois encore étudiant.e.s, et sont engagé.e.s dans des mouvements d'extrême-gauche étudiants, maoïstes et syndicaux, comme le Groupe Information Santé (Garcia, 2005). Les médecins impliqué.e.s dans le MFPPF comptent aussi parmi les partisan.e.s de la régularisation de l'avortement mais la plupart l'envisagent sous un angle médicalisé. Ces médecins en faveur d'une légalisation rendent leur position publique. Le 3 mai 1971 est publié dans le *Nouvel Observateur* le manifeste des 252 médecins qui se prononcent pour la dépénalisation de l'avortement en évoquant la responsabilité médicale et

le respect des libertés individuelles (Pavard, 2012b, 150). En juillet de la même année, 220 gynécologues signent un manifeste publié dans *Le Monde*, à l'appel de l'Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement liée au MFPPF (Gaudillière, 2006), qui se positionne pour une libéralisation de l'avortement, sans toutefois prôner le libre accès. Mais ces différentes formes d'engagement tranchent avec une part plus traditionnelle et majoritaire de la profession médicale. Un certain nombre de professionnel.le.s mobilisent ainsi leur expertise dans le camp des opposant.e.s à toute forme de libéralisation, comme le Dr Lejeune (Gaudillière, 2006) ou les professionnel.le.s engagé.e.s dans l'association des *Médecins pour le respect de la vie*. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins demeure très hostile à une éventuelle dépénalisation qui impliquerait les médecins. Les annonces du gouvernement d'un changement de législation à venir en 1973 donnent lieu à la publication d'un communiqué le 6 février, qui affirme l'opposition médicale à la dépénalisation, et la stigmatisation de l'avortement dans la pensée médicale : *"Le Conseil de l'Ordre rejette tout rôle du corps médical tant dans l'établissement des principes (des avortements pour convenances personnelles) que dans leur décision et leur exécution ; met en garde le législateur contre toute mesure libéralisant l'avortement, au mépris du risque de détérioration de l'éthique médicale et de ses conséquences. En cas de libéralisation de l'avortement, le législateur devrait prévoir des lieux spécifiquement aménagés à cet effet (avortoirs) et un personnel d'exécution particulier."* (Zancarini-Fournel, 2003, 3). Le 20 octobre 1974, l'institution réitère son opposition en affirmant que *"l'interruption de grossesse, mettant fin à la vie humaine commencée, est en opposition avec l'esprit qui guide la médecine"* (Le Naour et Valenti, 2003, 264). Ces prises de position soulignent la prégnance des perspectives catholiques sur l'interruption de grossesse, à la différence du libéralisme de l'Église anglicane. L'organe représentatif de la profession s'oppose donc encore plus sévèrement à l'avortement qu'à la contraception avant sa légalisation, condamnant l'acte aussi bien que l'implication médicale.

En dépit de l'existence de médecins engagé.e.s, il paraît refléter l'opinion d'une part importante de la profession. Alors que les débats parlementaires s'amorcent, un manifeste signé par 10 000 médecins, soit un septième des 68 000 médecins français.es, est publié le 5 juin 1973 dans *Le Monde*, affirmant que *"l'interruption délibérée d'une grossesse pour des raisons d'eugénisme, ou pour résoudre un conflit moral, économique ou social, n'est pas l'acte d'un médecin"* (Pavard, 2012b, 220-221). La profession médicale apparaît donc très divisée, ce qui se reflète dans les prises de positions des médecins député.e.s (Ferrand et Jaspard, 1987, 30). Plusieurs années après la dépénalisation de l'avortement, cette opposition

médicale continue à se manifester, notamment lors du vote de la prise en charge financière des procédures en 1982, critiquée par certain.e.s médecins qui craignent une "banalisation" de l'avortement (Ferrand et Jaspard, 1987, 49).

Le choix de médicaliser l'avortement revêt ainsi une signification particulière dans le contexte français. D'une part, le MLAC a démontré que la supervision médicale de l'avortement n'était pas primordiale, notamment grâce à la méthode Karman¹³⁸. En Angleterre, au moment de la discussion de l'*Abortion Act*, seules les méthodes de curetage étaient disponibles, le recours à la profession médicale relevant alors autant d'un choix politique que d'une nécessité technique. D'autre part, confier l'accès à l'avortement aux médecins français.es revient à mobiliser une profession majoritairement réticente. Les termes de la loi ne traduisent pas un consensus sur la nécessité de libéraliser les conditions d'accès à l'avortement, mais reflètent au contraire une volonté politique de contrôle et de dissuasion, missions confiées à la profession médicale. La présentation du projet de loi à l'Assemblée Nationale, le 26 novembre 1974, donne l'occasion à Simone Veil de préciser cet objectif: "*si le projet qui vous est présenté tient compte de la situation de fait existante, s'il admet la possibilité d'une interruption de grossesse, c'est pour la contrôler et, autant que possible, en dissuader la femme.*" La médicalisation de l'avortement place les médecins au centre de ce dispositif, en leur conférant le rôle d'"*acteur central de la dissuasion*" (Bourgault-Coudeville, 2011, 25). Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont d'ailleurs marquées par cette ambition dissuasive : l'accès à l'avortement est conditionné à une consultation médicale, un délai de réflexion de 7 jours entre la première consultation et l'intervention (une procédure inédite en droit médical¹³⁹), une consultation psycho-sociale et le respect d'un délai maximal de 12 semaines d'aménorrhée.

Cependant, contrairement à l'*Abortion Act*, qui confie l'évaluation des indications d'avortement aux médecins, la loi Veil attribue la décision aux femmes : "*La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse*" (Article L.2212-1). Dans ce contexte, la loi française peut apparaître plus libérale que la loi britannique, au sens où elle reconnaît une certaine autonomie décisionnelle aux femmes concernées. Mais les attitudes médicales et la manière dont les médecins

¹³⁸ La méthode Karman est une méthode d'aspiration du contenu utérin, qui ne nécessite pas d'anesthésie et permet de réaliser des avortements sans danger pendant les huit premières semaines de grossesse. Elle doit son nom à Harvey Karman, militant californien pour la liberté de l'avortement dans les années 1960, qui enseigne lui-même la méthode à un groupe parisien du MLAC.

¹³⁹ Depuis, le droit français prévoit un délai de réflexion pour les opérations de stérilisation volontaire (article L.2123-1 du Code de la Santé Publique), pour la procréation médicalement assistée (article L.2141-10 du Code de la Santé Publique) et les actes de chirurgie esthétique (article L.6322-2 du Code de la Santé Publique).

appliquent la loi influencent fortement le caractère libéral du recours à l'avortement d'un pays à l'autre. Les opinions et représentations des professionnel.le.s de santé, désormais gardien.ne.s de l'accès à l'avortement dans les deux pays, se révèlent aussi déterminantes que les termes de la loi.

2. Appliquer la loi : des attitudes médicales contrastées face à l'autonomie procréative

Si la médicalisation de l'avortement a contribué à sa légitimation, l'accès concret des individus au choix dépend de la manière dont les acteurs médicaux s'approprient la loi et les limites qu'elle pose au droit à l'avortement. En France comme en Angleterre, une femme désirant interrompre sa grossesse ne peut savoir *a priori* si le ou la professionnel.le qu'elle consulte va accepter de prendre en charge sa demande puisque les législations nationales autorisent l'objection de conscience et qu'il n'existe dans aucun des deux pays de répertoire des professionnel.le.s refusant ou acceptant de pratiquer des IVG. Il est possible qu'elle doive s'adresser à un.e autre professionnel.le par la suite, augmentant le délai d'attente, ce qui peut avoir des conséquences importantes en termes de choix de la méthode ou même d'accès à l'intervention, surtout en France, où les délais légaux sont très limités en comparaison avec l'Angleterre.

Il apparaît donc essentiel de s'intéresser aux pratiques professionnelles pour évaluer l'accès réel des femmes à l'avortement en fonction de la manière dont les médecins appréhendent ce choix.

a. *Un choix problématique ? Les réticences des médecins français.es vis-à-vis de l'avortement*

Depuis 1975, le cadre législatif français encadrant la pratique de l'avortement a connu plusieurs assouplissements successifs : la prise en charge financière a été amorcée à partir de 1982, l'entretien psycho-social préalable est devenu facultatif pour les majeures en 2001, date à laquelle les mineures ont été autorisées à accéder à l'avortement sans autorisation parentale, dès lors qu'elles sont accompagnées d'une personne majeure¹⁴⁰. Plus récemment, la mention de "détresse" qualifiant les circonstances d'une femme pouvant choisir d'avorter a été supprimée¹⁴¹, et le délai de réflexion de sept jours réduit à deux jours¹⁴², ce qui marque une distance prise par les responsables politiques avec les objectifs de dissuasion contenus dans la

¹⁴⁰Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (article 5)

¹⁴¹Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (article 24)

¹⁴²Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 84), Code la Santé Publique (Article L2212-5)

loi de 1975. Le cadre légal français est donc en principe libéral vis-à-vis de l'avortement, qui peut être pratiqué sur simple demande d'une femme, sans frais pour elle depuis 2016¹⁴³, et sans justification particulière. Cependant, ces dispositions légales sont mises en œuvre par les médecins, qui sont responsables de la première consultation du parcours d'IVG, puis de la réalisation de la procédure. Or, la profession médicale reste marquée dans son ensemble par des réticences de principes vis-à-vis de ce choix reproductif, ce qui se traduit par une désaffection professionnelle pour cette activité médicale, et par des pratiques plus restrictives que le cadre posé par la loi.

○ *Un service public peu attractif*

Le service médical de mise à disposition de l'avortement est marqué en France par une dévalorisation institutionnelle. Les procédures abortives sont ainsi exclues de la nomenclature des actes médicaux et pâtissent d'une faible valorisation financière¹⁴⁴ : les IVG chirurgicales sont par exemple moins bien rémunérées que les curetages suivant des fausses couches, alors qu'il s'agit du même geste médical. Mais au-delà de cet encadrement institutionnel dépréciatif, l'attitude de la profession médicale apparaît déterminante. Ainsi, si les établissements hospitaliers ont l'obligation légale de fournir un service d'avortement depuis 1979, obligation renforcée en 2001 par une circulaire engageant la responsabilité des chef.fe.s de service¹⁴⁵, l'offre française en matière d'IVG ne parvient pas à répondre à la demande¹⁴⁶.

Les insuffisances françaises de l'offre abortive sont partiellement éclairées par la désaffection professionnelle qui caractérise ce domaine médical. Elle se manifeste par le recours des praticien.ne.s à l'objection de conscience (Rouzaud-Cornabas, 2013) mais aussi par des phénomènes de délégation de services : la réalisation des IVG est généralement assurée par des médecins militant.e.s ou des personnels précaires, vacataires ou en début de carrière¹⁴⁷ (Hassoun, 1993 ; Rouzaud-Cornabas, 2013). Les IVG sont rarement pleinement intégrées aux actes assurés par les services de gynécologie obstétrique et "*l'orthogénie n'apparaît pas comme une spécialisation attractive (peu de possibilité d'évolution de*

¹⁴³ Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

¹⁴⁴ Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires*, 2013

¹⁴⁵ Circulaire DGS/DHOS n°2001/467 du 28 octobre 2001 : "*la pratique des IVG étant une mission de service public, tout chef de service est tenu d'en assurer l'organisation, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement lui en a confié la mission.*"

¹⁴⁶ Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, *L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG)*, 2011

¹⁴⁷ Israël Nisand, *L'IVG en France: propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, 1999

carrière, mauvaise image et considération auprès des pairs, rémunération médiocre...)."148. Ainsi, contrairement à la contraception, pour laquelle le monopole médical est défendu par les professionnel.le.s médicaux, l'offre médicale abortive connaît des phénomènes de déspecialisation et de délégation : le groupe de praticien.ne.s réalisant des avortements compte de plus en plus de médecins généralistes, voire de sages-femmes, et cette évolution a précédé l'intégration de cette profession aux soignant.e.s habilité.e.s à pratiquer des avortements¹⁴⁹. Selon le rapport d'Annick Vilain de 2009, les sages-femmes représentaient alors 39 % du personnel médical impliqué dans les avortements¹⁵⁰ alors que la loi les y autorisant n'a été promulguée qu'en 2016.

La désaffectation professionnelle qui caractérise cette activité médicale se traduit par une offre abortive insuffisante, ce qui dans le cadre des délais légaux restrictifs du recours à l'avortement en France, peut entraver l'accès des usagères à cette procédure¹⁵¹. En 2012, seules six régions françaises (dont trois hors métropole) ont pris en charge toutes les demandes d'IVG¹⁵². Le système français est donc porteur d'un certain nombre de défaillances en ce qui concerne l'accès à l'IVG, l'offre étant inégalement répartie sur le territoire, ce qui contraint 3000 femmes par an, d'après les estimations du Mouvement Français pour le Planning Familial, à recourir à l'avortement à l'étranger, principalement en Espagne, aux Pays-Bas et en Angleterre, où les délais légaux atteignent jusqu'à 24 semaines de grossesse¹⁵³. Les précautions législatives qui ont été prises visant à garantir l'accès à l'IVG ne sont pas suffisamment respectées pour éviter ces avortements à l'étranger.

Si la loi apparaît aujourd'hui plutôt libérale du point de vue des conditions formelles d'accès à l'IVG (en dehors du délai légal d'avortement restrictif), les établissements de santé ne remplissent pas leurs obligations et les autorités ne les sanctionnent pas. Au-delà de ces problèmes d'accessibilité, les réticences de la profession médicales vis-à-vis du recours à l'IVG se manifestent dans les représentations professionnelles de cet acte.

¹⁴⁸ Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, *L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG)*, 2011, p. 19

¹⁴⁹ L'amendement de la loi Santé de Marisol Touraine autorisant les sages-femmes à pratiquer des avortements médicamenteux a été voté par l'Assemblée Nationale en avril 2015.

¹⁵⁰ Annick Vilain, *Les établissements et les professionnels réalisant des IVG*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Études et résultats N° 712*, 2009, p. 5

¹⁵¹ Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009

¹⁵² Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires*, 2013, pp. 40-41

¹⁵³ Le Planning Familial, *Avorter à l'étranger face aux carences de la loi française : Une bonne idée ?*, 2012

○ *La stigmatisation de l'avortement*

L'avortement représente un recours en cas d'échec ou d'absence de contraception, qui permet aux femmes et aux couples de maîtriser leur fécondité. Mais le contexte culturel français semble encore marqué par l'objectif de réduction du nombre d'IVG de la loi de 1975. La stabilité du nombre d'IVG annuelles alors même que la couverture contraceptive s'améliore est ainsi perçue comme un paradoxe et comme une insuffisance de pratiques préventives. Cette stabilité est jugée problématique car on oppose le recours à l'avortement à sa prévention par l'utilisation de la contraception, une utilisation favorisée par plusieurs mesures législatives favorisant l'information et l'accès aux méthodes contraceptives. Pourtant, le recours à l'avortement s'inscrit dans des dynamiques individuelles complexes qui ne peuvent être réduites à des enjeux de prévention. Nathalie Bajos et Michèle Ferrand ont ainsi montré que la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue a augmenté, un phénomène qui renvoie aux normes sociales entourant la parentalité, ce qui contribue à éclairer la stagnation du nombre d'IVG annuelles (Bajos et Ferrand, 2001). Mais la profession médicale ne semble pas considérer l'avortement comme une méthode supplémentaire permettant aux femmes et aux couples de maîtriser leur fécondité : il s'agit d'un acte considéré comme grave, qui doit être prévenu et dont le recours répété est problématique et appréhendé en termes de "récidive"¹⁵⁴. Les données du volet "Médecins" de l'enquête FECOND mettent ainsi en évidence le fait que 74 % du corps médical adhère à l'idée selon laquelle "*avec toutes les méthodes qui existent il ne devrait presque plus y avoir d'IVG*".

Cette réticence se manifeste par l'injonction au drame qui caractérise certains parcours d'IVG en France. L'accès à l'IVG est parfois conditionné à la production de récits autobiographiques de justification : il apparaît plus ou moins légitime en fonction des situations sociales et personnelles des femmes concernées (Memmi, 2003), alors que la décision est censée leur appartenir, sans droit de regard des médecins. Le travail de Lucile Ruault et Marie Mathieu a également mis en évidence que l'avortement est appréhendé par les professionnel.le.s comme un acte qui doit rester exceptionnel et qui doit être instructif, à travers le rappel à la norme contraceptive et une forme de culpabilisation relative à l'échec qu'il représenterait (Mathieu et Ruault, 2014).

¹⁵⁴ Pour exemple, deux thèses réalisées par des internes en médecine s'intitulent : *Les récurrences d'IVG médicamenteuses à l'hôpital de Cayenne entre 2004 et 2006*, (Patrick Eutrope, Université de Bordeaux II, 2011, direction Ghyslain Patient) et *L'interruption volontaire de grossesse (étude des facteurs de risque de récurrence)*, (Camille Pascal, Université d'Aix-Marseille II, 2001, direction Léon Boubli)

Cette injonction au drame se perçoit également dans le développement d'approches psychologiques de l'IVG, évoquant d'éventuelles conséquences néfastes pour la santé mentale des femmes, de l'exercice de leur droit au choix. De nombreuses études ont scientifiquement invalidé ces hypothèses (Rowlands, 2007 ; Robinson, Stotland, Russo, Lang, *et al.*, 2009 ; Major *et al.*, 2009 ; Dadlez et Andrews, 2010 ; Kelly, 2014), mais elles sont citées de manière récurrente par des personnalités publiques¹⁵⁵ et au sein des argumentaires anti-choix¹⁵⁶.

La médicalisation de l'avortement a permis sa dépénalisation mais n'a donc pas complètement évacué la dimension morale et la stigmatisation de cet acte, alors même que sa possibilité est la condition de l'autonomie corporelle des femmes.

○ *Le rôle des médecins en question*

Ces représentations défavorables au sein de la profession médicale sont d'autant plus importantes que tout parcours d'IVG passe par une interaction médicale qui, en l'absence de formation adaptée, est fortement influencée par les opinions personnelles des médecins. Malgré les assouplissements de l'encadrement légal de l'avortement depuis 1975, et la disparition de son objectif dissuasif (Marguet, 2014), toute femme qui souhaite avorter doit au préalable rencontrer un.e médecin, cette consultation constituant le point de départ du parcours d'IVG. Or, si la loi française attribue la décision d'avortement aux femmes seules, l'adhésion du corps médical à une approche de l'IVG en termes de droit individuel n'est pas acquise. Plusieurs études et rapports sur les parcours d'accès à l'avortement en France ont montré les réticences de la profession médicale à pleinement intégrer l'avortement dans le panel des ressources de maîtrise procréative, et à admettre la préséance de la décision individuelle sur leur avis médical¹⁵⁷ (Bajos et Ferrand, 2002 ; Gelly, 2006).

Ces attitudes peuvent être éclairées par le constat d'un manque de formation professionnelle, formulé par la médecin et sociologue Maud Gelly (Gelly, 2006). Son enquête montre notamment qu'en dépit de l'obligation légale de formation des professionnel.le.s médicaux en matière contraceptive datant de 1979, les enjeux reproductifs sont très peu intégrés au cursus médical français. La contraception et à l'avortement ne sont que très marginalement évoqués au cours du premier cycle et dans les questions de l'Examen Classant

¹⁵⁵Israël Nisand, Brigitte Letombe, Sophie Marinopoulos, *Et si on parlait de sexe à nos ados ? : Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles*, Odile Jacob, 2012

¹⁵⁶ Voir pour exemple le site militant www.ivg.net (<http://www.ivg.net/les-risques-de-avortement>, consulté le 25 août 2015)

¹⁵⁷ Israël Nisand, *L'IVG en France: propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, 1999

National. Par ailleurs, la particularité de l'interaction qui caractérise la prise en charge médicalisée de la reproduction n'est pas enseignée aux étudiant.e.s. À la différence des situations thérapeutiques classiques, la décision appartient aux usager.e.s en matière reproductive et les professionnel.le.s de santé sont cantonné.e.s à un rôle de prestation de service et éventuellement d'aide à la décision. Cette posture professionnelle atypique, qui implique une valorisation accrue du principe du consentement éclairé des usager.e.s, est rarement comprise par les étudiant.e.s interrogé.e.s par Maud Gelly, qui s'arrogent un droit de regard sur les décisions reproductives des individus et condamnent une utilisation souvent jugée excessive de l'IVG. La prise en charge par des professionnel.le.s médicaux de ces enjeux nécessiteraient une formation spécifique à même d'enseigner la particularité et la complexité de la posture médicale adéquate, mais cet enseignement est rarement intégré au cursus médical¹⁵⁸. En l'absence de formation spécifique, les médecins abordent ces problématiques en fonction de leurs expériences personnelles et des formations qu'elles et ils peuvent choisir de suivre ou de ne pas suivre. L'absence d'obligation de formation peut être comprise comme une réticence institutionnalisée à organiser un accès réel aux choix reproductifs. Elle a pour conséquence des positions professionnelles parfois réticentes au principe de l'autonomie décisionnelle des individus. La consultation médicale préalable obligatoire est ainsi un espace parfois mobilisé par les professionnel.le.s pour dissuader les femmes ayant décidé d'avorter, soit par un discours moralisateur soit par une insistance sur les risques sanitaires liés à l'avortement (Fougeyrollas et Zaidman, 1995 ; Mathieu et Ruault, 2014) alors qu'un avortement est toujours moins dangereux pour la santé qu'une grossesse portée à terme (Latham, 2002, 121). Ces résultats sont confirmés par les entretiens réalisés en France. Plus d'un tiers des praticien.ne.s rencontré.e.s évoquent des réticences de principe vis-à-vis de l'avortement et condamnent le recours répété à cette méthode de gestion de la fécondité. Certain.e.s médecins cherchent à dissuader les usagères de faire ce choix, certains comportements relatés en entretien s'apparentant à un délit d'entrave à l'avortement. Ces attitudes s'inscrivent dans une appréhension paternaliste de leur rôle professionnel (Jaunait, 2003), où le principe de l'autonomie décisionnelle des personnes ne supplante pas leurs opinions personnelles. Par ailleurs, les praticien.ne.s qui font état de ces réticences attribuent les grossesses non prévues à des ambivalences ou à la désinvolture des femmes concernées, et ne remettent pas en question la méthode contraceptive prescrite.

¹⁵⁸ Cf. Chapitre 9 II. La consultation contraceptive en France : des pratiques et des logiques hétérogènes

Les réticences professionnelles vis-à-vis de l'avortement s'appuient en effet sur une mauvaise compréhension des grossesses non prévues, attribuées à l'insouciance des femmes (60 % des médecins interrogé.e.s lors de l'enquête FECOND) ou à leur ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse (42 %), alors même que deux tiers des grossesses non prévues se produisent alors qu'une méthode de contraception était utilisée (Bajos et Ferrand, 2002). La décision d'avorter apparaît alors comme une gestion *a posteriori* d'un risque qui aurait pu être évité si les femmes s'étaient montrées motivées et responsables. Ces représentations permettent d'éviter la remise en question des pratiques prescriptives professionnelles en attribuant ces échecs à une "faute" individuelle et à une mauvaise volonté contraceptive plutôt qu'à une inadéquation de la méthode contraceptive avec le mode de vie et les préférences de l'usagère. Dans ces circonstances, l'avortement demeure un acte stigmatisé, signe d'un échec et qui n'est acceptable que dans son exceptionnalité et dans son aspect rédempteur : il doit constituer un point de départ au retour à la norme contraceptive à partir du constat de la déviance qui a conduit à l'avortement (Mathieu et Ruault, 2014). Ces attitudes marquent une absence de prise en compte de la difficulté d'adhérer strictement à cette norme contraceptive et du fait que le choix d'avorter concerne autant les femmes qui adhèrent à la norme que celles qui la mettent à distance (Bajos et Ferrand, 2002).

En définitive, il apparaît que la progressive libéralisation du cadre légal de l'avortement se heurte à des pratiques professionnelles qui n'admettent que difficilement la préséance des décisions individuelles. L'accessibilité de cette méthode de maîtrise de la fécondité est donc parfois limitée par l'interprétation de la loi de certain.e.s médecins. En Angleterre, la loi conditionne l'accès à l'avortement à une évaluation médicale des circonstances sanitaires et sociales des femmes souhaitant interrompre leur grossesse. Malgré ce fort pouvoir médical consacré légalement, les pratiques professionnelles se révèlent plus libérales qu'en France.

b. Pouvoir médical et autonomie décisionnelle : des pratiques britanniques libérales

L'*Abortion Act* de 1967 pose un cadre d'accès à l'avortement très médicalisé : une femme souhaitant avorter peut en faire la demande jusqu'à 24 semaines de gestation¹⁵⁹, quel

¹⁵⁹ Le délai initial de 28 semaines a été réduit à 24 semaines par le *Human Fertilisation and Embryology Act* de 1991, sauf en cas d'indications médicales, auquel cas le délai est étendu jusqu'au terme de la grossesse. Pour des précisions sur le contexte de ce changement législatif, voir (Franklin, Lury et Stacey, 1991 ; Sheldon, 1997 ; Latham, 2002).

que soit son âge¹⁶⁰ mais ne peut accéder à la procédure que si deux médecins sont d'avis que l'interruption de la grossesse est plus sûre que sa poursuite, et signent un formulaire en ce sens. La loi accorde donc un fort pouvoir décisionnaire aux professionnel.le.s de santé, mais l'analyse des pratiques semble indiquer que les médecins ne font pas usage de ce pouvoir dans un sens restreignant l'accessibilité de l'avortement. Malgré un cadre initial très médicalisé et accordant peu de reconnaissance à l'autonomie décisionnelle des individus, les pratiques qui se sont développées depuis 1967 se révèlent plus libérales et plus favorables à l'exercice du choix, notamment du fait du rôle majeur joué par le secteur privé non lucratif dans l'offre et l'expertise liées à l'avortement.

○ *Le recours à l'offre privée*

La médicalisation de l'avortement en Angleterre passe par un recours important au secteur privé. Les premières années d'intégration des procédures abortives au NHS sont en effet marquées par de grandes disparités dans l'offre nationale, et par des délais dans certaines régions obligeant les femmes à recourir à des services médicaux privés. Les problèmes d'accessibilité de l'avortement sont notamment dus aux manques de ressources humaines et matérielles qui caractérisent le NHS dans ses premières décennies de fonctionnement, mais aussi à des réticences médicales ou institutionnelles¹⁶¹ (Ashton, 1980). En réaction à cette offre inégale, l'ALRA met en place des services de coordination, de financement et d'offre d'avortements à bas coûts dans les régions caractérisées par un déficit d'offre publique dès 1968. Ces services sont rassemblés sous l'appellation British Pregnancy Advisory Service (BPAS), et leur action est complétée à partir de 1976 par la fondation Marie Stopes International. Ces organisations prennent progressivement en charge la majorité des avortements du secteur privé du fait de leur accessibilité financière (Halfmann, 2005).

En 1981, BPAS met en place un contrat de collaboration avec les autorités sanitaires de la localité de Birmingham, afin que ces dernières prennent en charge les avortements réalisés par BPAS¹⁶². Ces *Agency Arrangements* se généralisent progressivement, notamment grâce à la possibilité pour les autorités sanitaires, puis pour les médecins généralistes, d'acheter des services de soins à des organismes privés. Si jusqu'en 1991, la moitié des avortements sont procurés par des organisations indépendantes, la mise en place de ce système de délégation de

¹⁶⁰ Comme pour la contraception, la majorité sanitaire est fixée à 16 ans. Les mineures de moins de 16 ans peuvent accéder à l'avortement sans autorisation parentale dès lors que les médecins estiment qu'elles ont la maturité nécessaire pour comprendre la nature du traitement médical qui leur est proposé.

¹⁶¹ Madeleine Simms, "The Abortion Act - One Year Later", *British Journal of Criminology*, Vol. 9, n°3, 1969, pp. 282-283

¹⁶² Joanna Brien, Ida Fairbairn, *Pregnancy and Abortion Counselling*, Psychology Press, 1996

services permet d'augmenter très fortement la part des avortements pris en charge, jusqu'à 94 % en 2009, dont 60 % réalisés par le secteur indépendant sous contrat¹⁶³.

Ces services dédiés se déploient ainsi dans un cadre résolument favorable à l'autonomie procréative dans la mesure où ils s'appuient sur un personnel volontaire, souvent militant. Les avortements sont majoritairement pris en charge au sein d'organismes convaincus de la nécessité d'offrir un choix en matière procréative, qui ne rencontrent pas les obstacles des services d'orthogénie français, parfois difficilement intégrés au sein des établissements hospitaliers, et pâtissant d'un manque de reconnaissance et de financement. Par ailleurs, ces organisations non lucratives qui procurent plus de la moitié des avortements en Angleterre participent activement à la définition des normes de bonnes pratiques en matière d'avortement, par exemple *via* la production d'enquêtes sur les femmes recourant à leurs services, ou encore par la communication sur des procédures innovantes qu'elles ont mises en place. À titre d'exemple, BPAS a initié les dispositifs permettant de s'auto-recommander (*self-referral*) et donc d'obtenir un rendez-vous dans un service d'avortement sans avoir préalablement consulté de médecin (Sheldon, 1997 ; Stenson, 2010), depuis généralisés en Angleterre. L'organisation est également à l'origine des services centralisés de prise de rendez-vous (Rowlands, 2006), permettant aux usagères comme aux professionnel.le.s de contacter par un seul numéro la totalité des services d'une localité, et de la réalisation d'avortements médicamenteux par des généralistes¹⁶⁴. Marie Stopes International a développé à partir de 1997, les "*lunch-time abortions*", des avortements chirurgicaux sous anesthésie locale, pouvant être réalisés très rapidement en ambulatoire (Lee, 2003). BPAS et Marie Stopes, du fait de leur expérience clinique, sont considérés comme des experts et sont intégrés dans les comités gouvernementaux et ministériels d'évaluation et de recommandation, ce qui implique une prise en compte d'une approche centrée sur les demandes des usagères et sur le respect de leur autonomie décisionnelle en matière de reproduction. Ces interlocuteurs sont privilégiés par les autorités sanitaires, à l'inverse des organisations anti-choix. En 1994, la commission (officieuse) Rawlinson, menée par Lord Rawlinson of Ewell en collaboration avec plusieurs organisations anti-choix, comme *Life*, *British Victims of Abortion* ou *SPUC*, préconise un entretien préalable incluant des mises en garde contre les "*conséquences physiques et émotionnelles*" de l'avortement, ainsi que des informations sur les phases du

¹⁶³ Department of Health, *Abortion Statistics, England and Wales: 2009, 2009*

¹⁶⁴ Anekwe Lilian, « GP abortion clinics take off », *Pulse*, vol. 69, n° 29, p. 4, 2009.

développement fœtal¹⁶⁵. Ces préconisations n'ont pas été prises en compte par les autorités sanitaires, comme en témoignent les recommandations publiées en 1999 encourageant un conseil optionnel¹⁶⁶.

Les perspectives défendues par ces organisations privées semblent atteindre les représentations médicales. Les organisations professionnelles, comme le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, se prononcent ainsi en faveur d'une réduction des délais d'attente par la simplification des procédures d'accès à l'avortement¹⁶⁷ ou encore affirment l'absence d'impact psychologique de l'avortement à long terme et la nécessité d'établir des recommandations nationales en matière de prise en charge¹⁶⁸. Ces positions se distinguent fortement de celles de leurs homologues français, le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français s'étant par exemple opposé à la suppression du délai de réflexion¹⁶⁹. La profession médicale britannique apparaît dans son ensemble relativement favorable à un recours facilité à l'avortement, ce qui peut être rattaché au contexte culturel national d'appréhension des dynamiques démographiques ou encore des grossesses non prévues¹⁷⁰. Ces spécificités culturelles se traduisent par des pratiques plus libérales que celles prescrites par le cadre légal.

○ *L'écart à la loi : des pratiques médicales libérales*

La loi de 1967 pose relativement peu de limites formelles à l'accès à l'avortement, en dehors d'un strict encadrement médical. Ce statut a été critiqué à de nombreuses reprises, notamment par des chercheuses et militantes féministes, car il fait dépendre l'autonomie corporelle des femmes du volontarisme des professionnel.le.s médicaux (Sheldon, 1997 ; Jackson, 2000). La législation anglaise apparaît restrictive en comparaison avec les autres législations européennes qui placent la décision individuelle comme seul critère d'indication (Pinter *et al.*, 2005), mais elle est également critiquée pour son décalage avec les pratiques qui se sont développées depuis 1967.

¹⁶⁵ The Rawlinson Commission, *The Physical and Psycho-Social Effects of Abortion in Women. A Report by the Commission of Inquiry into the Operation and Consequences of the Abortion Act*, 1994

¹⁶⁶ Department of Health, *Procedures for approval of private sector places for termination of pregnancy under the Abortion Act 1967*, juillet 1999

¹⁶⁷ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline No. 7*, 2000

¹⁶⁸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, *Joint RCOG/FSRH statement on the long-term impact of abortion*, 22 octobre 2007 (<https://www.rcog.org.uk/en/news/joint-rcogfsrh-statement-on-the-long-term-impact-of-abortion/>)

¹⁶⁹ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français "Accès à l'IVG : le CNGOF demande plus de moyens dédiés", 23 février 2015

¹⁷⁰ Cf. Chapitre 4 Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives

La sociologue Ellie Lee a analysé le décalage qui existe entre la loi et les pratiques professionnelles et institutionnelles à travers l'exemple du *counselling*, soit du conseil autour de l'avortement. Si l'*Abortion Act* ne contient aucune obligation en matière de *counselling*, le Ministère de la Santé publie en 1977 des directives préconisant la mise en place de consultations de conseil dans les services d'avortement. Cette recommandation s'appuie notamment sur le rapport du Comité gouvernemental Lane de 1974, qui préconise la mise en place de consultations de conseil spécifiques, en construisant une représentation des femmes désirant avorter comme ayant besoin d'être soulagées de l'anxiété de la prise de décision par un.e médecin. Mais en 1999, de nouvelles directives élaborées par le RCOG recommandent un *counselling* sélectif, uniquement à la demande des femmes, sur la base d'enquêtes mettant en évidence que la plupart des usagères consultent en ayant déjà pris leur décision et n'ont pas besoin de conseil particulier. Les recommandations suggèrent également le remplacement du terme "conseil" par celui de "soutien" et récusent les séquelles psychologiques attribuées à l'avortement par les acteurs anti-choix, accordant donc une autonomie décisionnelle nouvelle aux usagères, et réduisant le rôle des professionnel.le.s à une activité de soutien et d'information. L'analyse des pratiques professionnelles par Ellie Lee, fondée sur des entretiens, montrent que les praticien.ne.s adoptent une perspective plus libérale encore que ces recommandations en admettant la préséance de "l'autodétermination des femmes" (Lee, 2003, 546).

Le plus grand libéralisme des pratiques par rapport à la loi se comprend notamment à la lumière de l'importance accordée à l'*evidence-based medicine* dans l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques. La plupart des enquêtes sur la décision d'avorter montrent que les femmes prennent leur décision en amont de la prise de contact médical et que le *counselling* prodigué est jugé superflu, voire intrusif (Allen, 1985 ; Kumar, Baraitser, Morton et Massil, 2004 ; Brown, 2013)¹⁷¹. La prise en compte de ces recherches¹⁷² se traduit par une recommandation de conseil sélectif et par la reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des usagères.

Une autre hypothèse permettant de comprendre le plus grand libéralisme de la pratique par rapport à la loi est liée à l'intégration du droit médical, et de la place grandissante accordée à l'autonomie des patient.e.s. Il apparaît selon cette perspective que, dans certains

¹⁷¹ Clarke Lynda, Farrell Christine et Beaumont Berry, *Camden abortion study: the views and experiences of women having NHS and private treatment*, London, British Pregnancy Advisory Service, 1983.

¹⁷² Cf. Chapitre 7 II Régulation publique et obligations professionnelles : les droits des usager.e.s en matière de qualité des soins

cas, la médicalisation d'un phénomène peut avoir pour conséquence un meilleur accès aux soins et un plus grand respect de l'autonomie des individus: *"le droit médical repose à présent sur le concept d'autodétermination du patient. Ce concept en est sans doute venu à influencer non seulement le fonctionnement du droit médical mais aussi la perspective des acteurs impliqués dans la pratique médicale. Les souhaits et opinions du patient doivent avoir la primauté, ce qui signifie qu'aussi longtemps que l'avortement est perçu comme relevant de soins médicaux, ce qui est le cas en Grande Bretagne, si une femme explique qu'elle considère qu'un avortement est préférable pour sa vie et son avenir, son opinion sera prise en compte, plus qu'elle ne l'aurait été par le passé."* (Lee, 2003, 551-552).

Les pratiques britanniques entourant l'avortement semblent traduire une acceptation de ce recours comme un événement courant de la vie reproductive et relevant de l'accès à la santé. La profession médicale, soucieuse de préserver son autonomie clinique en 1967, se prononce aujourd'hui en faveur d'une simplification des procédures : le président du comité d'éthique de la BMA a par exemple défendu dans un comité parlementaire la proposition de limiter les signatures médicales à une seule pour les avortements du premier trimestre¹⁷³. En 2012, une enquête publique a été mise en place suite à un coup médiatique du journal *Daily Telegraph* dénonçant la possibilité d'avorter en fonction de préférences quant au sexe du fœtus¹⁷⁴. Le journal dénonçait notamment l'absence de questionnement des motivations des usagères par les professionnel.le.s médicaux. L'enquête mise en place par le Secrétariat d'État à la Santé a mis en lumière de nombreux cas où les formulaires étaient signés avant même que les usagères consultent les praticien.ne.s, ou de procédures entièrement gérées par des infirmier.e.s. Ce libéralisme n'a donné lieu qu'à une mise en garde légère des services concernés, témoignant d'une acceptation relative d'une pratique des avortements à la demande et sous un contrôle médical moindre (Rowlands, 2013).

Ainsi, si la loi pose l'évaluation médicale de la situation des femmes comme condition d'accès à l'avortement, il apparaît que la majorité des praticien.ne.s britanniques adhèrent au principe d'une décision individuelle en matière procréative. Les entretiens réalisés en Angleterre tendent à confirmer cette hypothèse. L'avortement n'est jamais évoqué comme un acte déviant et à éviter, mais en termes pragmatiques relatifs à l'organisation de l'intervention et à l'expérience contraceptive. Par exemple, aucun.e praticien.ne parmi les dix-huit

¹⁷³ O'Dowd Adrian, « Doctors don't need second signature before agreeing abortion, MPs hear », *British Medical Journal*, vol. 335, n° 7625, p. 844, 2007.

¹⁷⁴ Newell Claire et Watt Holly, 2012, « Abortion investigation: doctors filmed agreeing illegal abortions "no questions asked" », *The Telegraph*, 22 february 2012.

rencontré.e.s n'a fait état de la moindre réticence ou même d'une opinion sur les avortements itératifs, et la décision n'est jamais envisagée comme nécessitant une discussion, ou une validation de la part des médecins, alors même que la loi leur confie la décision finale. Ces attitudes se distinguent des propos de certain.e.s médecins français.es, qui rappellent le constat d'autres études : même si le choix appartient légalement aux femmes, "*certaines médecins gardent le sentiment que c'est à eux d'octroyer le droit d'avorter*"¹⁷⁵.

La médicalisation de l'avortement apparaît ainsi avoir des conséquences très différentes dans les deux pays. La comparaison des entretiens permet ainsi d'aborder la traduction concrète des dispositions législatives nationales dans les attitudes professionnelles et souligne l'écart entre le plus ou moins grand libéralisme de la loi et celui des médecins.

Ces attitudes professionnelles ont des conséquences en matière d'accès à l'IVG, tant sur le plan matériel que concernant l'acceptabilité sociale du recours à cette méthode. La question de la déclaration des IVG dans les enquêtes nationales peut se révéler illustrative de la différence de stigmatisation du recours à l'avortement dans les deux pays. En France, les enquêtes sur la sexualité menées par l'INSERM rapportent un taux d'IVG inférieur d'environ 40 % à celui rapporté par les autorités sanitaires (DREES) chargées d'enregistrer les actes d'interruptions de grossesses (Moreau, Bajos et Bouyer, 2004). En Angleterre, cette sous-déclaration est d'environ 15 %¹⁷⁶ dans les enquêtes nationales, ce qui peut être interprété comme l'indice d'une plus grande acceptabilité sociale (Wadsworth, Field, Johnson, Bradshaw, *et al.*, 1993 ; Copas *et al.*, 2002).

La question de l'avortement souligne ainsi les conséquences d'appréhensions nationales des enjeux de maîtrise de la fécondité d'un pays à l'autre, qui se manifestent dans les différentes formes de garanties apportées par les systèmes de santé à l'offre abortive : les problèmes d'accessibilité, partiellement liées aux réticences médicales de part et d'autre de la Manche, sont ainsi pris en charge différemment, par un financement public de services privés en Angleterre, et par des obligations légales que les autorités sanitaires peinent à faire respecter en France.

¹⁷⁵ Israël Nisand, *L'IVG en France: propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, 1999, p. 16.

¹⁷⁶ Ce taux de sous-déclaration comporte par ailleurs une marge d'erreur due au nombre de femmes étrangères bénéficiant d'un avortement en Angleterre en déclarant une adresse britannique, présentes dans les statistiques d'avortements réalisés sur le territoire national, mais qui sont ensuite exclues des enquêtes nationales (Copas *et al.*, 2002).

L'enjeu de l'avortement montre que la médicalisation ne revêt pas les mêmes significations et ne se traduit pas par les mêmes pratiques d'un pays à l'autre. En Angleterre, la médicalisation de l'avortement, qui répondait à des objectifs de sécurité et d'accessibilité financière, a contribué à sa dépolitisation. Si elle passe sous silence les enjeux sociaux et politiques de cette pratique (Sheldon, 1997), elle pérennise la protection du droit à l'autonomie corporelle pour les femmes et les couples (Gleeson, 2007) et mobilise une profession qui semble globalement acquise au principe de l'autonomie décisionnelle des femmes. En France, la décision législative intervient plus tardivement, alors que le MLAC avait démontré qu'il n'était pas nécessaire d'impliquer les médecins. Les responsables politiques ont pourtant choisi de confier l'avortement à une profession médicale majoritairement réticente, avec un objectif explicite de contrôle et de dissuasion. Si la loi française s'est depuis assouplie, les attitudes professionnelles vis-à-vis de l'avortement peuvent aujourd'hui encore constituer un frein à l'exercice de l'autonomie procréative, mettant en évidence des cultures professionnelles et institutionnelles contrastées d'un pays à l'autre.

Ces rapports nationalement différenciés à la loi et à la gestion individuelle de la fécondité se manifestent également dans le domaine de la contraception définitive. Si les traditions politiques, nataliste en France, favorable au contrôle des naissances en Angleterre, jouent un rôle dans l'appréhension des méthodes de stérilisation, l'histoire de la mise à disposition de ces méthodes souligne l'influence primordiale de la profession médicale de part et d'autre de la Manche.

II. Des perspectives médicales opposées sur la stérilisation contraceptive

La stérilisation représente un aspect révélateur des cultures nationales en matière de santé sexuelle et reproductive. Il s'agit d'une catégorie de méthode particulière, par son caractère définitif, mais aussi parce qu'elle est la seule permettant aux hommes d'assumer la régulation de la fécondité avec une efficacité supérieure aux méthodes disponibles pour les femmes. Comme dans les cas de la contraception et de l'avortement, l'histoire de la diffusion de cette méthode est singulière à chaque pays, du fait d'une appréciation différente des dynamiques démographiques mais aussi d'appréhensions professionnelles singulières de l'autonomie décisionnelle des individus.

Ainsi les médecins britanniques et français.es adoptent des attitudes très contrastées face à une situation juridique proche : dans les deux pays, à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, il n'existe pas de disposition spécifique relative à la stérilisation contraceptive dans la loi.

Certains commentaires juridiques associent la stérilisation à une mutilation, interdite par l'*Offenses against the Person Act* de 1881 en Angleterre et par le Code Pénal en France¹⁷⁷. Ces interprétations sont sujettes à débat, dans la mesure où le consentement des personnes demandant une stérilisation peut être considéré comme un critère de licéité. Face à l'imprécision du cadre légal, les médecins britanniques et français.es adoptent des attitudes opposées : la profession médicale britannique milite dès les années 1960 pour l'intégration de la stérilisation, et particulièrement de la vasectomie, au panel des méthodes contraceptives disponibles et prises en charge par le NHS, alors que les organisations professionnelles françaises s'y opposent durablement. L'histoire de la mise à disposition des méthodes définitives reflète ainsi des cultures médicales nationales très différentes en matière de consentement et d'autonomie corporelle des individus.

1. La promotion de la vasectomie par la profession médicale britannique

Le développement technique de la stérilisation contraceptive est fortement lié à celui de la pensée eugéniste. Plusieurs idéologues eugénistes se prononcent dès le début du XXe siècle pour une utilisation eugéniste de la stérilisation dans le but d'éviter la reproduction des individus considéré.e.s comme défaillant.e.s, mentalement ou socialement, et certains pays comme les États-Unis mettent en place des politiques publiques en ce sens (Trent, 1993 ; Thomson, 1998 ; Porter, 1999). Cette appréhension de la stérilisation domine les débats qui lui sont consacrés en Angleterre dans la première moitié du XXe siècle, et ne rencontre qu'un faible écho politique. Mais à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, les préoccupations politiques vis-à-vis d'une éventuelle menace de surpopulation nationale et internationale transforment l'appréhension de la stérilisation et établissent la vasectomie comme solution à cette menace. L'adhésion de la profession médicale à cette perspective se révèle déterminante pour l'intégration de la stérilisation aux services du NHS.

a. *De l'eugénisme à la lutte contre la surpopulation*

Dans les années 1930, la *Eugenics Society* britannique se mobilise pour autoriser la stérilisation des personnes perçues comme mentalement déficientes, prohibée à la fois par l'*Offenses against the Person Act* et des dispositions spécifiques du *Mental Deficiency Act* de 1913. Malgré une campagne très médiatisée et la discussion d'une proposition de loi au Parlement en 1931, cette campagne se solde par un échec, qui renvoie notamment aux limites

¹⁷⁷ Article 222-9 : "Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende." et article Article 222-13 prohibant les coups et blessures volontaires.

de l'influence du mouvement eugéniste dans le contexte britannique (Soloway, 1990). À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, des activistes issu.e.s de la *Eugenics Society* opèrent une recomposition de leurs discours : la stérilisation, et notamment la vasectomie, est désormais promue comme solution à la menace de surpopulation planétaire. Des groupes actifs militants pour la diffusion de ces méthodes sur le territoire national se constituent : le *Political and Economic Planning (PEP) Research Group on Population*, cofinancé par la *Eugenics Society*, diffuse ses rapports d'expertise auprès des responsables politiques (Kane, 2002). Le *Simon Population Trust*, créé en 1957 par des membres de la *Eugenics Society* conduit également des actions de lobbying dans la presse et auprès de la profession médicale, et encourage le recours volontaire à la vasectomie par le recrutement de praticien.ne.s et le financement des opérations. Les deux groupes promeuvent notamment une interprétation libérale de la loi, selon laquelle le consentement des personnes concernées est un critère de licéité des opérations réalisées.

Cet argument est notamment défendu par ces organisations dans la presse médicale, par le biais de publications dédiées¹⁷⁸. La profession médicale apparaît comme une cible privilégiée des campagnes du *Simon Population Trust*, car un débat sur la légalité de la stérilisation a lieu en son sein depuis les années 1920. Les professionnel.le.s médicaux, qui pratiquent des stérilisations volontaires dans le cadre privé, cherchent à s'assurer de la légalité de ces pratiques. À partir des années 1940, des expertises juridiques sont régulièrement commandées par les organisations professionnelles sur cette question (Lewis, 2011). En effet, la stérilisation féminine ne prête pas à débat car dans le contexte des politiques de promotion de la santé maternelle, les indications thérapeutiques de la ligature des trompes sont souvent étendues à des indications sociales, et ce d'autant plus que la préservation de la santé des femmes concernées peu facilement être invoquée¹⁷⁹. La réalisation de la vasectomie ne peut entrer facilement dans ce cadre thérapeutique, car le risque de grossesse n'a pas de conséquence directe sur la santé des hommes concernés. S'il existe une demande masculine de vasectomie, pour des raisons eugéniques ou contraceptives, les médecins hésitent parfois à réaliser ces opérations, du fait de leur statut légal ambigu. Dans son analyse de ce débat professionnel, la juriste Penney Lewis souligne la construction progressive d'un consensus sur

¹⁷⁸ Carlos Blacker, L. N. Jackson, "Male Sterilization", *British Medical Journal*, Vol. 2, n°5505, 9 juillet 1966, p. 111 ; Carlos Blacker, " Voluntary sterilisation for family welfare. A proposal by the Simon population Trust", *The Lancet*, Vol. 1, n° 7444, 30 avril 1966, pp. 971-4 ; Carlos Blacker, "Sterilisation and the law", *The Lancet*, Vol. 287, n°7446, 14 mai 1966, pp. 1105-06 ; Carlos Blacker, L. N. Jackson, "Voluntary Sterilization In The Male", *British Medical Journal*, Vol. 3, n°5616, 24 août 1968, p. 501

¹⁷⁹ Carlos Blacker, John Peel, "Sterilization of women", *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5643, 1er mars 1969, pp. 566-567

le fait que la stérilisation devrait être disponible sur demande, et le basculement des expertises juridiques professionnelles à partir des années 1960, qui interprètent la loi de manière plus libérale et estiment la probabilité de poursuites judiciaires comme faible (Lewis, 2011).

Ce consensus s'appuie notamment sur l'adhésion d'une partie de la profession médicale à la perspective d'une menace de surpopulation et sur l'appréhension de la vasectomie comme un moyen de lutte contre cette menace. L'implication des médecins dans le débat sur la stérilisation est visible à travers les publications et correspondances du *British Medical Journal* tout au long de l'année 1972. Le 8 janvier, une lettre signée par 52 médecins, rassemblés sous l'appellation "Doctors and Overpopulation Group", est publiée : elle souligne le danger de la surpopulation britannique et décrit les responsabilités sociales des médecins vis-à-vis de cette menace en cinq points, dont l'extension des services de planification familiale et leur prise en charge au sein du NHS, et l'amélioration des services d'avortement et de vasectomie¹⁸⁰. Cette prise de position collective donne lieu à des dizaines de réponses tout au long de l'année 1972 : si certain.e.s professionnel.le.s s'opposent à cette vision des dynamiques démographiques¹⁸¹, la plupart soutiennent la thèse de la surpopulation¹⁸² et l'initiative du groupe "Doctors and Overpopulation"¹⁸³. La correspondance professionnelle témoigne de la diffusion de la thèse de la surpopulation parmi les médecins, avec par exemple le médecin John A. Loraine qui écrit le 25 mars 1972 : "*La qualité de vie sur nos îles est constamment érodée par notre croissance démographique*"¹⁸⁴. Les solutions proposées par le groupe "Doctors and Overpopulation", et particulièrement celles relatives à la planification familiale et à la vasectomie, suscitent de l'enthousiasme. Le médecin L. J. Blay, dans sa lettre de soutien à l'initiative, propose quatre mesures immédiates à adopter par les praticiens, en attendant la mise en place de politiques publiques nécessaires : accueillir, voire suggérer, les demandes de planification familiale, rendre la prescription gratuite "*par principe, comme*

¹⁸⁰J. A. D. Anderson *et al.*, "Doctors and Overpopulation", *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5792, 8 janvier 1972, p. 108

¹⁸¹Anthony D. Clift, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 244 ; Eric Mackay, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 244 ; Paul Moxon, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5801, 11 mars 1972, p. 693

¹⁸²Cyril Hart, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 243 ; Thomas Lodge, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 243 ; John A. Loraine, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5803, 25 mars 1972, pp. 802-803

¹⁸³L. J. Blay, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 242 ; P. W. W. Gifford, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 243 ; R. J. Paget, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 243 ; A. E. Williams, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 244 ; J. W. Walford, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 244 ; Peter Gittins et F. K. Minwalla, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5795, 29 janvier 1972, p. 313 ; T. L. Barclay, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5797, 12 février 1972, p. 440 ; John Guillebaud, *British Medical Journal*, Vol. 1, n° 5799, 26 février 1972, p. 566

¹⁸⁴John A. Loraine, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5803, 25 mars 1972, pp. 802-803

preuve de notre approbation du sens de la responsabilité sociale [de nos patients]", soutenir les demandes d'avortement, et enfin bénéficier soi-même d'une vasectomie, si les conditions sont réunies, afin de pouvoir encourager les patients à partir d'une expérience personnelle¹⁸⁵. La promotion de la vasectomie tient notamment au fait qu'il s'agit d'une méthode sûre et cliniquement simple à réaliser. Le témoignage du médecin J. J. Hobbes montre l'implication des médecins généralistes dans la réalisation des stérilisations masculines, tout comme le lien qui est établi par les professionnel.le.s entre stérilisation et lutte contre la surpopulation : "C'est peut-être dans le champ de la vasectomie que le médecin de famille peut contribuer de la meilleure manière au contrôle de la croissance de la population. Dans ce cabinet, la vasectomie est accessible - et gratuite - pour les patients du National Health Service.[...] C'est une méthode de complétion familiale¹⁸⁶ tout à fait acceptable, et la technique est simple, facile à apprendre, et entre dans les compétences de tout médecin de famille intéressé.e ; il n'y a pas besoin de la limiter aux chirurgien.ne.s ou à l'hôpital. La demande de vasectomie continue, et il est probablement toujours pertinent de dire que l'intérêt pour la stérilisation masculine dans la communauté est considérable, et la demande vis-à-vis de l'opération dépasse de loin les services disponibles"¹⁸⁷.

Si cette correspondance au sein d'une publication médicale ne peut rendre compte de l'ensemble des positionnements professionnels britanniques, elle témoigne de l'existence d'un débat autour du rôle social des médecins, et d'une réflexion autour de la promotion de la vasectomie qui apparaît soutenue par une majorité des praticien.ne.s qui s'expriment sur le sujet : George Morris, membre du groupe "Doctors and Overpopulation" signale le 29 janvier 1972 que le groupe a reçu plus de 500 lettres de soutien et 2 de critiques, et ce moins de trois semaines après la publication du manifeste, le 8 janvier¹⁸⁸. L'initiative est médiatisée par la presse et la télévision, et reçoit plus de 2000 soutiens professionnels en moins d'un an, dont le soutien du comité éditorial du *British Medical Journal* (Leathard, 1980, 185).

b. L'influence des pratiques sur la loi

Cette attitude médicale favorable à un recours à la stérilisation comme méthode de contraception se manifeste également à travers les pratiques professionnelles. Une enquête menée entre 1967 et 1968 parmi les médecins généralistes montre que plus de la moitié des

¹⁸⁵ L. J. Blay, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5794, 22 janvier 1972, p. 242

¹⁸⁶ L'expression "complétion familiale" renvoie au concept de "famille complète", qui n'a pas d'équivalent en langue française, mais reflète les représentations britanniques en matière procréative, et notamment la facilité à envisager de mettre un terme à la vie reproductive dès lors que le nombre d'enfants souhaité est atteint.

¹⁸⁷ J. J. Hobbs, "Vasectomy in general practice.", *British Medical Journal*, Vol. 1, n° 5803, 25 mars 1972, p. 802

¹⁸⁸ George Morris, *British Medical Journal*, Vol. 1, n°5795, 29 janvier 1972, p. 313

médecins interrogé.e.s (64 %) suggèrent spontanément la stérilisation lorsque les autres méthodes semblent inefficaces et que le couple a déjà trois enfants. Elles et ils sont 96 % à discuter de la stérilisation lorsqu'elle est demandée par les usager.e.s. La même enquête fait état d'une préférence pour la vasectomie, par rapport à la stérilisation féminine, pour 61 % des médecins interrogé.e.s, notamment du fait de la simplicité clinique de l'opération et de ses conséquences inexistantes ou limitées sur la santé de l'usager. Seuls 2 % des médecins expriment une opposition de principe à la stérilisation¹⁸⁹. La profession médicale britannique semble donc avoir adopté la vasectomie comme option contraceptive dès les années 1970, alors qu'aucune clarification légale n'a encore eu lieu.

Ces pratiques s'inscrivent dans un contexte de forte demande sociale vis-à-vis de la vasectomie, perceptible dans le succès que rencontre le *Simon Population Trust* dans son projet dédié cette méthode : six mois après son lancement officiel, plus de 2000 hommes ont pris contact avec l'association. À l'issue de quatre ans de projet, le *Simon Population Trust* a enregistré 60 000 requêtes et a organisé la réalisation de 9000 vasectomies via le recrutement de médecins disposé.e.s à les procurer aux demandeurs (Kane, 2002). Les médecins sont individuellement confronté.e.s à des demandes dans le cadre de leurs cabinets, ce qui participe au développement d'une attitude pragmatique vis-à-vis de cette méthode¹⁹⁰. En 1971, ce sont ainsi plus de 50 000 vasectomies qui sont réalisées en Angleterre et au Pays de Galle, majoritairement dans le secteur privé¹⁹¹. La conjugaison de la demande sociale et des pratiques médicales libérales donne lieu à une forte diffusion des méthodes définitives : 4 % de la population utilise une méthode de stérilisation en 1970, et en 1976, ce chiffre atteint 15% (Langford, 1991).

La demande sociale, comme l'engouement des médecins pour ces méthodes, se comprend notamment à la lumière des méthodes disponibles dans les années 1970 : la vasectomie présente alors un taux d'efficacité inégalé¹⁹², même par la pilule contraceptive (McEwan, Newton, Yates-Bell et Hoy, 1974), et consiste en une intervention rapide. Par ailleurs, elle permet une prise en charge masculine de la contraception qui s'inscrit dans la

¹⁸⁹ Ann Cartwright, Marjorie Waite, "General practitioners and contraception in 1970-71.", *op. cit.*

¹⁹⁰ Donald Young, "Vasectomy for contraception", *British Medical Journal*, Vol. 4, n° 5575, 11 novembre 1967, pp. 354-355 ; J. J. Hobbs, "Consultant surgeons and vasectomy", *British Medical Journal*, Vol. 3, n° 5871, 14 juillet 1973, pp. 109-110

¹⁹¹ Marjorie Waite, "Consultant Surgeons and Vasectomy", *British Medical Journal*, Vol. 2, n°5867, 16 juin 1973, pp. 629-634

¹⁹² Jusqu'au développement de l'implant contraceptif, la vasectomie était la méthode de contraception à l'efficacité théorique et pratique la plus élevée (Organisation Mondiale de la Santé, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, 2013).

continuité des pratiques contraceptives des années 1950 (Leathard, 1980, 77), une culture exclusivement féminine de la contraception n'ayant pas encore eu le temps de se développer.

Ces pratiques médicales et le consensus professionnel autour de l'interprétation libérale de la loi, mènent à un changement d'appréhension de la stérilisation, changement accompagné, et non pas initié, par le législateur. En 1972, la vasectomie est intégrée à l'offre contraceptive du NHS par un amendement à la loi sur la planification familiale : la *National Health Service (Family Planning) Amendment Bill*, votée par 173 voix contre 16, autorise les autorités locales à procurer des vasectomies ou à les financer comme élément de leurs services contraceptifs. L'intégration de la stérilisation au NHS, due à une *Private Member's Bill* initiée par une constellation d'associations militantes¹⁹³, tient lieu de légalisation officielle, et consiste en une reconnaissance d'état de fait plutôt qu'à une dépénalisation de la stérilisation : "*le changement légal consécutif reflétait la pratique médicale, sans se prononcer sur le fait que la pratique soit acceptable ou raisonnable*" (Lewis, 2011, 21).

L'implication des médecins se révèle ainsi déterminante dans l'obtention d'un cadre légal favorable à l'utilisation de la stérilisation contraceptive. Le consensus social nourri par les positions médicales se prolonge, après l'intégration de la stérilisation aux services du NHS, par des mesures institutionnelles favorisant l'accessibilité et la diffusion de ces méthodes, et particulièrement de la vasectomie.

c. La vasectomie encouragée institutionnellement et professionnellement

À partir de l'intégration de la vasectomie aux services dispensés au sein du NHS, l'organisation institutionnelle de l'offre contraceptive contribue à une large diffusion de cette méthode, et à des représentations favorables parmi les professionnels de santé.

D'une part, l'intégration de la contraception au NHS met en place des conditions financières de prescription particulière, qui favorisent la recommandation de la stérilisation en général, et de la vasectomie par les généralistes. Les médecins se chargeant du conseil et de la prescription contraceptives sont rémunérés pour ce service, mais perçoivent également des rémunérations supplémentaires en fonction des méthodes prescrites. Cette grille de rémunération a été établie à l'issue des négociations entre les organisations représentantes de la profession et le Ministère de la Santé. Le système favorise d'une part les opérations de stérilisation, pour lesquelles les chirurgiens perçoivent une rémunération supplémentaire,

¹⁹³ La proposition d'amendement a été présentée par le député travailliste Phillip Whitehead, à la demande de la FPA, du lobby *Birth Control Campaign*, du *Simon Population Trust*, des *Brook Advisory Centres*, de l'ALRA, du *Pregnancy Advisory Service* et du *Birmingham Pregnancy Advisory Service* (Kane, 2002).

alors qu'ils sont rémunéré.e.s au forfait pour leur activité hospitalière classique¹⁹⁴. La perspective d'une rémunération supplémentaire peut faciliter une acceptation professionnelle de ces méthodes et tempère l'obstacle que représente alors la surcharge de travail à laquelle les services hospitaliers sont confrontés. Cette grille de rémunération peut aussi constituer une incitation financière à la recommandation de la vasectomie par les médecins généralistes capables de la réaliser. En tant que microchirurgie simple, réalisable en quelques minutes sous anesthésie locale et étant suivie de peu de complications, la vasectomie appartient aux chirurgies pouvant être dispensées dans les cabinets de médecine générale, contrairement aux opérations de stérilisation féminine qui doivent être effectuées en bloc opératoire, sous anesthésie générale. Le Ministère de la Santé encourage la prise en charge des vasectomies en dehors des hôpitaux lorsque les autorités sanitaires locales ne parviennent pas à répondre à la demande¹⁹⁵. Après négociation, les médecins généralistes obtiennent d'être rémunéré.e.s pour ces opérations au même titre que les consultant.e.s chirurgien.ne.s officiant dans les hôpitaux¹⁹⁶. La grille de rémunération fixée par les négociations établit une rémunération à 16,25£ pour une vasectomie (11£ si elle est réalisée au cours d'une autre procédure chirurgicale), 22£ pour une stérilisation féminine (14,70£ si elle est réalisée au cours d'une autre procédure chirurgicale) et 11£ pour les dispositifs intra-utérins¹⁹⁷. Ce système crée donc une possible incitation financière pour les médecins généralistes à recommander la vasectomie, plutôt qu'un dispositif intra-utérin, ou qu'une ligature des trompes réalisée par un.e consultant.e dans des hôpitaux avec des listes d'attente souvent rédhibitoires.

La vasectomie représente ainsi pour les institutions sanitaires comme pour les médecins, une méthode de contraception très efficace, peu coûteuse, qui doit être promue auprès de la population. L'enquête de la docteure en santé publique Brenda Spencer, conduite en 1978, sur les sources d'information des hommes sollicitant une vasectomie dans une clinique de Manchester, témoigne de cet encouragement institutionnel : la première source d'information déclarée par les hommes interrogés est la publicité (35,5 %), à une époque où toute publicité portant sur les moyens d'éviter une grossesse est encore interdite en France. La seconde source d'informations sont les médecins généralistes (21,7 %), ce qui indique une forte acceptabilité de la méthode au sein de la population médicale. La troisième source sont les

¹⁹⁴ "Hospital Medical Services—Family Planning Services", *British Medical Journal*, Vol. 3, n°5976, 19 juillet 1975, p. 185

¹⁹⁵ "Medical News - Health Service Family Planning", *British Medical Journal*, Vol. 2, n°5919, 15 juin 1974, p. 622

¹⁹⁶ "General Medical Services Committee", *British Medical Journal*, Vol. 3, n°5979, 9 août 1975, p. 389-391

¹⁹⁷ "Family Planning Services: Hospital Fees", *British Medical Journal*, Vol. 3, n°5977, 26 juillet 1975, p. 260

relations interpersonnelles (ami ou connaissance ayant bénéficié d'une vasectomie) pour 19,3 % des enquêtés, témoignant de l'acceptabilité sociale grandissante du recours à cette méthode, suivie par les cliniques de planification familiale (12,3 %) et les autorités sanitaires locales (7,8 %) (Spencer, 1978).

Un autre élément participant à une forte visibilité et à l'accessibilité de la vasectomie comme méthode de contraception est la prise en charge d'une part importante de l'offre de vasectomies par le secteur indépendant. Le *Simon Population Trust* réduit progressivement son implication du fait de problèmes de financement internes (Kane, 2002), mais les organisations assurant l'offre abortive, comme le BPAS et surtout la fondation Marie Stopes International, sont présentes sur l'ensemble du territoire national pour assurer l'accessibilité de cette méthode. En 2003, Marie Stopes International avait réalisé plus de 100 000 vasectomies en Angleterre depuis 1976, dont 5000 pour l'année 2002 seulement (Kerridge, Pörsken et Robotham, 2003). À l'instar de l'offre abortive, l'implication du secteur indépendant a des conséquences positives en matière d'accessibilité et de qualité de l'offre sanitaire de vasectomies. La fondation Marie Stopes International a par exemple développé une offre de soins permettant d'obtenir une vasectomie rapide, appelée "Lunch time vasectomies", qu'elle a notamment cherché à promouvoir auprès du public français¹⁹⁸, mais sans succès, faute de coopération des médias et institutions françaises¹⁹⁹. Les stratégies discursives adoptées au sein du secteur indépendant favorisent notamment une reconstruction de la vasectomie comme s'insérant pleinement dans les attributs traditionnels de la masculinité : opter pour la vasectomie devient un acte héroïque, protecteur de la santé de la partenaire et signe de responsabilité dans la paternité et dans la vie amoureuse²⁰⁰. Cette stratégie de valorisation par la recomposition des normes de masculinité a été analysée dans d'autres pays ou vis-à-vis d'autres méthodes de contraception masculine (Oudshoorn, 2003 ; Terry et Braun, 2011b, 2011a).

Le contexte britannique est ainsi caractérisé par une coordination de tous les acteur/rices impliqué.e.s dans le champ de la contraception pour favoriser le recours à une méthode simple et très efficace, avec notamment une mobilisation historique décisive de la profession

¹⁹⁸ Susan Mayor, "French men invited to become «vasectomy tourists»", *British Medical Journal*, Vol. 321, n°7259, 19 août 2000, p. 470

¹⁹⁹ John Tagliabue, "British Vasectomy Offer Brings French Outrage", *The New York Times*, 18 août 2000

²⁰⁰ Les campagnes de Marie Stopes International présentent notamment la vasectomie comme "le meilleur cadeau de Saint-Valentin" qu'un mari puisse offrir à sa femme ou inversement, et l'organisation offre régulièrement à cette occasion des réductions sur les procédures procurées dans le secteur privé. (Voir par exemple : "Make your own romantic gesture with a Valentine Vasectomy!", *The Guardian*, 10 février 2003 : <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2003/feb/10/familyandrelationships>)

médicale. Le développement du recours à la stérilisation féminine, qui concerne 14,5 % des femmes exposées au risque de grossesse en 1986 (Oddens, Visser, Vemer, Everaerd, *et al.*, 1994), alors même que cette méthode n'était pas aussi encouragée sur le plan institutionnel que la vasectomie, témoigne de l'absence de réticences des praticien.ne.s vis-à-vis des méthodes définitives.

Cette situation se distingue fortement du contexte français, où des réticences historiques se sont perpétuées à travers l'attitude de la profession médicale, et où les méthodes de stérilisation, particulièrement la vasectomie, demeurent confidentielles et difficilement accessibles.

2. Des médecins français.es réticent.e.s : la lente et difficile intégration des méthodes définitives au panel contraceptif

En France, aux dispositions du Code Pénal interdisant les coups et blessures volontaires s'ajoute en France, une jurisprudence de 1937 condamnant les membres d'un groupe anarchiste néomalthusien ayant organisé quinze opérations de vasectomie volontaires²⁰¹. À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, les méthodes définitives sont ainsi marquées par une assimilation d'une part, à un néomalthusianisme moralement répréhensible, et d'autre part à un eugénisme qui, suite aux exactions du régime nazi, est encore plus fortement condamné que dans l'entre-deux-guerres (Gaudillière, 2000). Par ailleurs, les préoccupations politiques pour la natalité française sont encore prégnantes, et le discours britannique et international sur la menace de surpopulation ne rencontre que très peu d'écho en France (Chesnais, 1992). L'information et la diffusion contraceptives sont toujours interdites, ce qui musèle le débat sur la question. La loi Neuwirth ne modifie pas le statut des méthodes définitives. En effet, les organisations professionnelles se montrent très opposées au recours à la stérilisation.

a. Les organisations professionnelles face au flou juridique

En France, à l'instar de l'Angleterre, la stérilisation en tant que telle ne figure dans aucun texte de loi et n'est par conséquent pas interdite à proprement parler. Mais les professions médicales des deux pays adoptent de cette situation juridique proche des interprétations très différentes. Alors qu'en Angleterre, les médecins réclamaient une clarification législative, voire considéraient la stérilisation volontaire rendue légale par le consentement des

²⁰¹"La Cour a décidé que les prévenus ne pouvaient invoquer le consentement des opérés comme exclusif de toute responsabilité pénale, ceux-ci n'ayant pu donner le droit de violer, sur leurs personnes, les règles régissant l'ordre public.", Cour de Cassation "Arrêt des stérilisés de Bordeaux", 1er juillet 1937 Gaz.Pal. 1937 II 358, S. 1938 I 193

intéressé.e.s, le Conseil National de l'Ordre des Médecins affirme à plusieurs reprises une position d'interdiction formelle de la stérilisation contraceptive volontaire (Dourlen-Rollier, Palmer et Verdoux, 1990 ; Cohen et Madelenat, 2001) ; en avril 1955 et en avril 1964, le Conseil déclare : "*La stérilisation préventive à but uniquement anticonceptionnel est rigoureusement interdite*", et en 1975, interrogé dans le cadre d'un Congrès d'urologie, il affirme sa position : "*Aussi, indépendamment des risques inhérents à toute intervention, l'Ordre doit-il mettre en garde contre le caractère actuellement quasi définitif de ces stérilisations. Leurs conséquences pratiques, morales et psychologiques peuvent dépasser en gravité les prévisions de demandeurs même parfaitement informés, compte tenu des multiples circonstances ou évènements pouvant dissocier les couples et modifier les structures familiales. [...] En tout état de cause, la jurisprudence actuelle interdit de telles mutilations sans but thérapeutique.*" (Palmer, Dourlen-Rollier, Audebert et Géraud, 1981, 250-251). La posture du Conseil est donc une interprétation de la jurisprudence comme rendant illégale un recours contraceptif à la stérilisation, et met par ailleurs en avant une justification paternaliste de protection des demandeur/ses contre eux-mêmes qui apparaît régulièrement dans ce débat.

L'Académie de Médecine réitère, en 1978, ses positions affirmées en 1954, selon lesquelles la stérilisation "*pour convenances personnelles et à but purement anticonceptionnel, sans aucune raison d'ordre médical, constitue une atteinte à l'intégrité du corps et reste interdite*", tout en admettant des cas de stérilisations thérapeutiques à condition que la décision soit prise par un.e médecin. Elle se prononce également contre une éventuelle réglementation (Palmer, Dourlen-Rollier, Audebert et Géraud, 1981, 251).

La mention d'une éventuelle acceptation thérapeutique de la stérilisation préfigure la position adoptée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à partir des années 1980, qui admet progressivement le recours à la ligature des trompes dans des conditions strictement évaluées par les médecins.

Sur les plans législatifs et juridiques, aucune précision n'est apportée et la perspective défendue par les organisations professionnelles semble primer dans les rares jurisprudences concernant cette question. Les arrêts et avis rendus en 1983 et 1998 dessinent un cadre juridique flou, dont la seule cohérence semble tenir à l'appui des décisions médicales (Thouvenin, 2000 ; Latham, 2002 ; Mesnil, 2015). En dehors de ces jurisprudences, les pratiques médicales ne donnent lieu à aucune poursuite : aucun cas de stérilisation volontaire n'est porté devant les tribunaux après 1937, et aucun.e médecin n'est mis en cause, pas même dans le cas d'un échec de stérilisation ayant donné lieu à une grossesse non désirée (Latham,

2002)²⁰². Il apparaît que les stérilisations procurées sur indication thérapeutique ne tombent pas sous le coup de la loi, du fait de l'absence de plaintes déposées ou de réactions du Parquet, et de la légitimité de l'indication thérapeutique posée par un membre de la profession médicale.

Ainsi, un nombre conséquent de stérilisations tubaires sont réalisées annuellement par des gynécologues obstétricien.ne.s, dans le cadre du suivi obstétrical des parturientes. La *Société Française d'Endoscopie Gynécologique* produit un rapport en 1996 évaluant le nombre de ligatures des trompes procurées annuellement de 30 à 40 000 (Le Noc *et al.*, 1999), et en 1994, 5 % des femmes mariées âgées de 18 à 49 ans interrogées par l'INED déclarent être stérilisées à des fins contraceptives (Guibert-Lantoine et Leridon, 1998). Quelques initiatives militantes promeuvent le recours à la vasectomie, médicalement encadré (Le Danois *et al.*, 1982 ; Le Danois, Bourget et Bourmeau, 1983 ; Bourmeau, Le Danois et Lucas, 1988 ; Le Noc *et al.*, 1999 ; Bourmeau, 2000), sans que la publicité de ces pratiques ne donne lieu à des poursuites.

Par ailleurs, il apparaît que certain.e.s membres de la profession médicale évaluent le recours à la stérilisation légitime dans des situations particulières. Plusieurs enquêtes ont montré la diffusion de pratiques de stérilisation des personnes handicapées mentales, souvent sur demande des familles, sans obtention du consentement des principales intéressées (car il s'agit presque toujours de femmes), et parfois même à leur insu (Lavigne et Giami, 1993 ; Diederich, 2000). Les motivations des familles sont liées à l'incapacité de concevoir une parentalité pour leurs enfants en situation de handicap mental, et certains médecins acceptent de réaliser ces opérations en dépit de l'ignorance ou de l'absence de consentement des personnes. Le "*spectre de l'eugénisme*" (Giami et Leridon, 2000) et l'idéologie nataliste qui freinent la mise en place d'un cadre légal pour la stérilisation contraceptive volontaire ne semblent donc pas avoir les mêmes conséquences lorsqu'il s'agit de populations dont la reproduction n'est pas valorisée socialement. Cette géométrie variable de l'interdiction se retrouve également dans le cadre des parcours trans*, où les personnes souhaitant faire correspondre leur état civil avec leur sexe social se voient forcées de subir une stérilisation pour obtenir un jugement favorable de la part des tribunaux administratifs (Viaila, 2013 ; Hérault, 2014)²⁰³. Ces exemples montrent que l'acceptabilité du recours à la stérilisation ne

²⁰² Marie-Laure Lagardère, Hélène Strohl, Bernard Even, *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 1998

²⁰³ Si la question de la stérilisation des personnes en situation de handicap mental est en principe régulée depuis le vote de la loi de 2001, les personnes trans* doivent toujours "*justifier du caractère irréversible des*

s'appuie pas sur la volonté individuelle mais sur un avis médical favorable. Ces pratiques ne donnent pas non plus lieu à des poursuites judiciaires.

En 2001, suite à la médiatisation des stérilisations forcées des personnes handicapées à la fin des années 1990²⁰⁴ et à la prise en compte par les responsables politiques de l'état de fait qui caractérise le recours à la ligature des trompes²⁰⁵, deux amendements sont inclus à la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. L'article 27 pose des limites à la stérilisation des personnes handicapées mentales et l'article 26 autorise les personnes qui le souhaitent à recourir à la stérilisation contraceptive volontaire. Ces dispositions législatives sont influencées par les représentations médicales : un délai de réflexion de quatre mois entre la première consultation et la réalisation de l'opération est rendu obligatoire, suivant les recommandations formulées par le CNOM en 1983²⁰⁶. La loi prévoit également une clause de conscience spécifique, comme pour l'avortement, une disposition superfétatoire qui vise donc à distinguer la stérilisation contraceptive des actes médicaux thérapeutiques. Au-delà de ces restrictions, la stérilisation contraceptive est désormais officiellement légale, sur simple demande des usager.e.s.

b. La persistance de réticences professionnelles malgré l'encadrement légal

En dépit de la proximité entre le cadre légal posé par la loi de 2001 et les représentations professionnelles, les réactions de la profession médicale à ce nouvel encadrement législatif sont mitigées. En effet, la loi pose la volonté individuelle comme seul critère d'accès à la stérilisation et un certain nombre de professionnel.le.s refusent de considérer qu'il existe un droit de choisir ces méthodes définitives. Dans un article intitulé "Doit-on considérer la ligature des trompes comme un «droit» ? ", quatre médecins s'opposent en 2004 à la considération de la volonté des usagères comme seule indication: "*d'autres pensent que la stérilisation tubaire serait devenue un « droit des femmes » du fait que cet article L.2123-1 est intégré au sein de la loi relative à l'IVG. Pour nous, cette deuxième interprétation*

transformations physiques visibles" pour obtenir la mise en concordance de leur état civil avec leur genre (Cour de Cassation, Arrêt n° 108 du 13 février 2013 (12.11-949)).

²⁰⁴ Marie-Laure Lagardère, Hélène Strohl, Bernard Even, *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 1998

²⁰⁵ Rapport n° 2726 de Mme Martine Lignieres-Cassou, fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, déposé le 15 novembre 2000, Assemblée Nationale.

²⁰⁶ Le Conseil de l'Ordre 28 janvier 1983.: "*La stérilisation, masculine ou féminine, est une intervention mutilante qui, dans la majorité des cas, n'est pas actuellement réversible, et dont les conséquences psychologiques et morales sont imprévisibles. Elle ne peut donc être pratiquée que pour des motifs très sérieux qui amènent à déconseiller formellement et définitivement la grossesse. Le médecin a la responsabilité d'apprécier en conscience ces motifs. Le consentement du sujet dûment éclairé est indispensable et l'avis du conjoint doit être recueilli. Un délai de réflexion de deux mois doit être imposé. La technique employée doit autant que possible laisser des chances à une intervention réparatrice.*"

s'apparente davantage à une « dérive » de la loi qu'au réel progrès qu'elle est censée apporter. Si telle était l'interprétation qui en était faite (« la stérilisation si je veux, quand je veux »), nos institutions risqueraient en effet de se trouver confrontées à des demandes de stérilisation et de reperméabilisation excessives, chez des patientes qui auraient toutes les chances de regretter deux ou trois ans plus tard le geste initial qu'elles avaient demandé.²⁰⁷ Dans la revue *Gynécologie obstétrique et fertilité*, plusieurs médecins s'expriment par éditoriaux et semblent s'accorder sur le fait que la décision finale appartient aux praticien.ne.s, du fait de leur expérience clinique, plutôt qu'aux personnes souhaitant se faire stériliser : "La loi est indispensable et importante ; les praticiens doivent l'appliquer quelles que soient leurs convictions personnelles, (...) mais, dans leur pratique, ils ne doivent jamais oublier qu'elle ne les dispense pas de leur responsabilité médicale et qu'il faut savoir résister à des demandes inconsidérées quel que soit le DROIT des femmes à les formuler."²⁰⁸

Ces médecins témoignent ainsi d'une difficulté à reconnaître le droit à l'autonomie corporelle des individus qui s'inscrit à la fois dans la tradition nataliste française et dans une approche paternaliste du rôle médical, selon lequel les médecins doivent protéger les usager.e.s d'eux-mêmes²⁰⁹.

Le contexte médical français demeure donc réticent vis-à-vis du recours à des méthodes définitives en dépit du cadre légal clair posé par la loi de 2001. L'enquête FECOND Médecins a montré que 47 % des praticien.ne.s interrogé.e.s disqualifient la vasectomie, ou la ligature des trompes ou les deux méthodes, comme options contraceptives, car elles et ils considèrent que la contraception devrait toujours être réversible. Si ce résultat laisse entendre qu'une courte majorité est favorable au recours à la stérilisation, les enquêtes menées par des étudiantes en médecine dans le cadre de leur thèse d'exercice montrent une occultation généralisée des méthodes définitives, et particulièrement de la vasectomie, par une majorité des praticiens interrogé.e.s, qui les évoquent très rarement spontanément et parfois refusent de les prescrire. Cette occultation semble autant liée à une désapprobation de ces méthodes qu'à une méconnaissance de leurs avantages contraceptifs et de la loi²¹⁰. Au-delà des réticences des

²⁰⁷ E. Lambaudie, C. Coulon, J. Dorémieux, D. Subtil, "Doit-on considérer la ligature des trompes à visée contraceptive comme un « droit » ?", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Vol. 32, n° 11, 2004, pp. 986-988

²⁰⁸ F. Pierre, "Stérilisation féminine volontaire : loi et liberté, droits et devoirs", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Vol. 32, n° 11, 2004, p. 985

²⁰⁹ Mélanie Cadot, "Contraception définitive féminine. Pratiques et représentations de médecins généralistes", *Médecine*, Vol. 11, n°5, 2015, pp. 232-236

²¹⁰ Delphine Monfort, *Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-Atlantique*, Faculté de Médecine de Nantes, 2013 ; Marie Romero, *Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale? Enquête auprès des*

prescripteur/ric.e.s de contraception, les praticien.ne.s en mesure de procurer des stérilisations semblent également peu formé.e.s et peu enclin.e.s à le faire. En 2004, une enquête menée parmi des chirurgien.ne.s urologues et obstétricien.ne.s susceptibles de réaliser des stérilisations contraceptives a conclu à une méconnaissance des dispositions de la loi par une large majorité de praticien.ne.s (86 %), et montrait par ailleurs que moins de la moitié d'entre eux acceptaient d'en procurer (Badraoui, Bruyere et Lanson, 2004).

Le manque d'informations sur les méthodes définitives qui caractérise les pratiques de recommandation contraceptive des professionnel.le.s ne sont pas compensées par des campagnes d'information institutionnelles. Aucune campagne dédiée spécifiquement à ces méthodes n'a été mise en place, alors qu'elles ont pâti de la mise en place tardive d'un cadre légal et que les professionnel.le.s de santé manquent dans leur majorité de formation sur la stérilisation. Les méthodes définitives ne sont pas toujours présentées comme des options contraceptives au même titre que les méthodes réversibles et peuvent faire l'objet d'une présentation spécifique²¹¹, voire être absentes des rapports officiels^{212, 213}.

En dépit de l'absence d'information sur ces méthodes qui caractérise les pratiques médicales et institutionnelles, des demandes individuelles s'expriment, mais se heurtent aux difficultés d'accès et aux réticences professionnelles. La création de plusieurs collectifs d'usager.e.s en réaction à ces difficultés témoigne du décalage entre les réticences professionnelles et institutionnelles et la demande sociale. Le *Mouvement Libre pour la Stérilisation Volontaire*, actif de 2007 à 2011 ou encore le site internet "Vasectomie en France"²¹⁴, lancé en 2011, partagent un objectif de diffusion des coordonnées des rares praticien.ne.s acceptant de donner accès aux usager.e.s à la méthode définitive de leur choix.

médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie, Faculté de Médecine de Toulouse, 2014

²¹¹ Voir la campagne "Choisir sa contraception" de 2011, orchestrée par l'INPES et le Ministère de la Santé. La nouvelle version éditée en 2015 de la campagne "Choisir sa contraception" place cette fois les méthodes définitives dans le tableau de présentation des différentes méthodes contraceptives existantes, ce qui pourrait être le signe d'une meilleure prise en compte de ces méthodes au niveau institutionnel.

²¹² Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, *La prévention des grossesses non désirées: information, éducation et communication*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009

²¹³ Cette réticence semble plus particulièrement marquée vis-à-vis de la vasectomie. Certains documents institutionnels font l'impasse sur cette méthode. À titre d'exemple, les recommandations de la Haute Autorité de Santé, publiée à destination des professionnel.le.s de santé en 2004, reproduisent en page 5 le tableau des méthodes contraceptives classées en fonction de leur efficacité théorique. La vasectomie figure en 2e place de ce tableau, avec 0,2 grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation. Mais dans le déroulé de ce document, le passage en revue des différentes méthodes disponibles occulte la vasectomie: la partie consacrée à la stérilisation rappelle les termes de la loi puis détaille les contrindications, les techniques possibles, les précautions à prendre lors de la consultation préalable, pour la ligature des trompes seulement, évoquant les "femmes concernées", ces précisions n'étant apportées nulle part pour la vasectomie, comme si elle ne constituait pas une option contraceptive valable (ANAES, AFSSAPS et INPES, 2004, 12).

²¹⁴<http://vasectomieenfrance.unblog.fr/>

Les militant.e.s investi.e.s dans ces groupes décrivent de nombreuses situations où des critères non reconnus par la loi sont posés par les professionnel.le.s comme conditions préalables²¹⁵ : il est par exemple particulièrement difficile d'accéder à la stérilisation pour des individus agé.e.s de moins de quarante ans et/ou qui n'ont pas eu d'enfants²¹⁶.

Le contexte médical français semble donc porteur d'un certain nombre de réticences vis-à-vis des méthodes définitives, liées à la fois au caractère irréversible de la stérilisation, et à une difficulté à admettre la primauté de la décision individuelle sur l'opinion médicale.

Un point de comparaison formel entre la France et l'Angleterre permet de saisir les différences nationales d'appréhension des méthodes définitives. Dans les deux pays, les usager.e.s doivent attester de leur consentement par écrit avant de bénéficier d'une stérilisation. Le formulaire établi par l'*Association Française d'Urologie*, organisme représentant de cette profession, est rédigé comme suit : *"Je soussigné demande à subir une vasectomie, c'est-à-dire une stérilisation à visée contraceptive, de mon plein gré, sans subir aucune pression ni avoir été poussé d'une quelconque manière. Je sais qu'il existe d'autres méthodes de contraception temporaires. Je suis pleinement conscient que l'opération me rendra incapable d'avoir des enfants. Je sais qu'il y a un certain risque postopératoire et que l'opération peut ne pas être un succès de première intention. Je sais que je peux revenir sur ma décision jusqu'au dernier moment avant l'opération. J'ai eu toute latitude pour poser des questions auxquelles on a répondu à mon entière satisfaction."*²¹⁷. L'emploi du mot "subir" pour une opération choisie, ainsi que l'insistance sur l'absence de coercition et les méthodes alternatives, renvoient à une vision de la stérilisation comme une mutilation à laquelle toutes les méthodes de contraception alternatives sont préférables. À l'inverse, les formulaires de consentement britanniques, qui varient en fonction des services sanitaires, témoignent d'une approche dédramatisante de la stérilisation. Un certain nombre de services n'emploient pas de formulaires spécifiques et recourent aux attestations utilisées pour

²¹⁵ Entretiens réalisés par email le 16 décembre 2012 avec le fondateur de Vasectomie.org et le 21 mars 2015, avec les fondateur/rices du MLSV.

²¹⁶ Voir par exemple les nombreux articles de presse relatant des témoignages d'usager.e.s : "Les hommes peuvent-ils se faire stériliser en France?", 19 mars 2012, Lexpress.fr (<http://blogs.lexpress.fr/sexpress/2012/03/19/les-hommes-peuvent-ils-se-faire-steriliser-en-france/>), "La vasectomie, ce tabou français...", 24 août 2013, le Nouvel Obs (<http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20130822.OBS4047/la-vasectomie-ce-tabou-francais.html>), "Pourquoi la vasectomie a-t-elle mauvaise presse?", 10 août 2014, Science et Santé (<http://www.slate.fr/story/90617/vasectomie>), " En France, le tabou de la stérilisation contraceptive", 2 août 2015, LeMonde.fr (<http://bigbrowser.blog.lemonde.fr/2015/08/02/en-france-le-tabou-de-la-sterilisation-contraceptive/>), " Pourquoi la stérilisation volontaire reste tabou en France", 27 septembre 2015, Les Inrockuptibles (<http://www.lesinrocks.com/2015/09/27/actualite/pourquoi-la-sterilisation-volontaire-reste-tabou-en-france-11777337/>)

²¹⁷ Cf. Annexe 3

n'importe quel type d'opération chirurgicale. Certains lieux de soins ou certaines autorités sanitaires publient des formulaires spécifiques à la stérilisation, mais qui semblent emprunts d'une approche pragmatique de l'opération. Le formulaire du NHS du pays de Galles est par exemple rédigé en ces termes :

"Je comprends :

- les informations qui m'ont été communiquées sur l'examen ou le traitement décrit dans ce formulaire*
- que le but de cette opération est de me prémunir d'avoir des enfants et qu'il ne sera peut-être pas possible d'en inverser les effets.*
- que la stérilisation/la vasectomie peuvent parfois échouer, et qu'il y a une très faible probabilité que je redevienne fertile après un certain laps de temps (ou pour la vasectomie, que je reste fertile).*
- que pour une vasectomie, je devrai utiliser une autre méthode de contraception jusqu'à ce que deux examens consécutifs montrent que je ne produis plus de spermatozoïdes, si je ne veux pas engendrer d'enfant.*
- que vous ne pouvez pas me garantir qu'une personne en particulier effectuera l'opération. La personne aura toutefois l'expérience nécessaire.*
- que j'aurai l'opportunité de discuter en détail la procédure d'anesthésie avec un anesthésiste avant l'opération, à moins que le caractère urgent de mon état ne m'en empêche. (Cela ne concerne que les patients qui auront une anesthésie générale ou locale).*
- que toutes procédures en plus de celles spécifiées dans ce formulaire et qui ne nécessitent pas de décision préalable ne seront effectuées que si elles sont nécessaires à la préservation de ma vie ou pour prévenir tout risque sérieux pour ma santé."²¹⁸*

Cet exemple de formulaire de consentement témoigne d'une approche focalisée sur les aspects pratiques de la chirurgie et sur la prévention des grossesses non désirées, en communiquant des informations nécessaires à la protection contre ce risque dans les mois suivants l'opération, et n'évoque ni possibilité de coercition, ni alternative contraceptive réversible.

Le contexte français d'appréhension de la stérilisation contraceptive est marqué par une réticence ancienne et généralisée vis-à-vis du contrôle des naissances, inscrite dans les préoccupations natalistes du début du XXe siècle et qui se perpétue dans le développement de

²¹⁸ Cf. Annexe 4

l'accès à cette méthode même après la définition d'un cadre légal formel. Considérée comme interdite après la Seconde Guerre mondiale, puis acceptable sous un contrôle médical strict, la stérilisation contraceptive bénéficie aujourd'hui d'un cadre légal autorisant en théorie un recours à cette méthode par toute personne majeure sans conditions d'âge ou de parentalité. Dans les faits cependant, les attitudes professionnelles et institutionnelles vis-à-vis des méthodes définitives et particulièrement de la vasectomie, traduisent une réticence à considérer ces méthodes comme une option contraceptive dont le recours dépend de la volonté individuelle seule, et freinent le recours des individus concerné.e.s. Le contexte français se révèle donc très différent de l'Angleterre, où la promotion de la vasectomie a été assurée par la profession médicale et où le caractère définitif de la stérilisation ne constitue pas un obstacle à sa recommandation.



Les exemples de l'avortement et de la vasectomie sont particulièrement éclairants quant aux héritages laissés par les traditions nationales en matière de maîtrise de la fécondité. La légalisation du recours à ces méthodes a été plus précoce et politiquement plus consensuelle en Angleterre qu'en France. Mais au-delà de ces cultures historiques nationales, ces exemples mettent en évidence des différences profondes en matière de cultures institutionnelles. Les médecins britanniques se sont traditionnellement positionné.e.s en faveur de lois libérales et ont joué un rôle déterminant dans les processus décisionnels législatifs. Leurs pratiques, qu'il s'agisse de l'avortement ou de la vasectomie, traduisent à la fois une absence de réticences vis-à-vis de la limitation des naissances et une adhésion au principe de l'autonomie décisionnelle des usager.e.s, traduisant une appréhension libérale de la médecine. En France, la majorité des prises de position publiques des médecins, et celles de leurs instances représentatives, ainsi que les pratiques médicales, soulignent la prégnance de l'héritage nataliste, l'interruption de grossesse comme la stérilisation contraceptive étant souvent considérées comme des recours extrêmes et peu souhaitables. La profession médicale française semble également peu encline à considérer la volonté individuelle comme condition suffisante pour l'accès à ces méthodes de gestion de la fécondité, traduisant à l'inverse une appréhension paternaliste de la médecine.

Conclusion :

Régulation de la fécondité et liberté individuelle : des perspectives nationales contrastées

L'étude des processus historiques de légalisation et de diffusion des moyens de régulation de la fécondité, conditions de l'autonomie corporelle des individus, pose le constat d'attitudes nationales différenciées dans les deux pays voisins que sont la France et l'Angleterre. La comparaison des étapes de cette libéralisation et des discours et positionnements professionnels qui l'ont accompagnée, montre la précocité et la relative facilité des processus de légalisation de la contraception, de l'avortement et de la stérilisation en Angleterre, par opposition à des débats plus tardifs et souvent plus violents en France. Il apparaît qu'à une attitude d'accompagnement de l'évolution des mentalités et des pratiques par le législateur britannique s'oppose une volonté d'orientation des conduites par le législateur français, qui cherche par le cadre légal à prescrire et proscrire des attitudes considérées à l'aune de l'intérêt national. Cette culture nationale prescriptive est à resituer dans le cadre de la tradition nataliste française, à laquelle s'oppose une absence de consensus national en Angleterre, du fait de l'influence relative de l'eugénisme et de l'appréhension des dynamiques populationnelles en termes de classes sociales, puis vis-à-vis des ressources disponibles sur le territoire. La régulation de la fécondité semble avoir traditionnellement bénéficié d'une plus grande acceptabilité en Angleterre qu'en France, ce qui se manifeste sur le plan jurisprudentiel : en France, une grossesse non désirée n'a jamais été considérée comme un préjudice, même lorsqu'elle se produit ou est poursuivie du fait d'une faute médicale (échec de stérilisation ou d'avortement), sauf dans le cas de l'Interruption Médicale de Grossesse, ce qui trace une démarcation de légitimité entre un refus d'enfantement individuel ou médicalement déterminé (Marguet, 2014). En Angleterre, la jurisprudence considère une grossesse poursuivie du fait d'une faute médicale comme un préjudice engageant la responsabilité du médecin (Latham, 2002).

Ce qui est manifeste dans la manière dont l'héritage nataliste s'exprime en France, c'est une difficulté à admettre l'autonomie décisionnelle des individus, et en particulier des femmes, dans la gestion de la procréation, et à concevoir la contraception, définitive ou non, ou l'avortement, comme des choix personnels, dépendants de l'individu et non conditionnés à l'aval des professionnel.le.s de santé. Cette réticence est perceptible dans le droit français,

moins libéral que le droit britannique pour l'accès à l'avortement et à la stérilisation, même si toutes les réformes entreprises depuis les lois Neuwirth et Veil vont dans le sens d'une plus grande accessibilité. Cependant, elle résulte surtout des limites posées à l'application du droit par les pratiques professionnelles, qui entrent parfois en contradiction avec l'exercice de leur droit de décision par les individus, et qui s'inscrivent dans une approche paternaliste de la relation de soins. Les pratiques rapportées par les prescripteur/rice.s rencontrés en France témoignent des obstacles posés aux individus dans leurs démarches, limitant leur choix contraceptif et parfois leur accès à l'avortement. Au contraire, les professionnel.le.s rencontré.e.s en Angleterre adoptent dans leur ensemble une posture plus libérale et détachée, ce qui semble significatif d'une plus grande acceptation du principe de la liberté de décision des individus en matière procréative. La plus grande accessibilité de la contraception, de l'avortement et de la stérilisation s'inscrit dans la continuité de politiques ciblées, héritées d'une conception en termes de classes de la fécondité nationale. Cette dernière peut poser des problèmes d'égalité, mais facilite néanmoins l'exercice des droits reproductifs par l'ensemble de la population. En matière de choix contraceptif et de place accordée aux méthodes masculines de contraception, cette comparaison souligne le poids des cultures nationales sur la délimitation des pratiques légitimes et l'accessibilité effective des méthodes, particulièrement de la vasectomie.

Les différences qui caractérisent les cultures nationales anglaise et française soulignent des appréhensions contrastées des droits reproductifs mais aussi du rôle des médecins dans l'accès à ces droits. L'État est en effet théoriquement en mesure d'exiger le respect de la loi et des droits individuels par des professionnel.le.s membres d'un service public de santé. Or les obligations des médecins et le contrôle effectué sur leurs pratiques ne sont pas les mêmes en France et en Angleterre. Pour mieux comprendre et caractériser ces différences, il faut se pencher sur l'histoire institutionnelle de la profession médicale et sur les spécificités de l'organisation des systèmes de soins dans les deux pays.

**Troisième partie : Le contexte institutionnel de la prescription
contraceptive : rapports de pouvoir et statuts de l'État, de la
profession médicale et des usager.e.s en France et en Angleterre**

Troisième partie : Le contexte institutionnel de la prescription contraceptive

En France comme en Angleterre, les personnes autorisées à prescrire un contraceptif appartiennent au corps médical. Avec la médicalisation de la contraception, le droit de prescrire, mais aussi l'expertise sur la régulation de la fécondité, ont basculé du champ militant au domaine médical. Ainsi, les normes de pratique contraceptives sont majoritairement définies par des professionnel.le.s de santé, et l'accès à la plupart des méthodes est conditionné à une interaction médicale. Le déroulement et les modalités de cette interaction dépendent de la culture et du mode de fonctionnement de l'institution médicale : autrement dit, pour analyser le déroulement du choix contraceptif, il est nécessaire de caractériser le contexte de pratique des professionnel.le.s qui l'encadrent.

Le métier de prescripteur s'insère dans un ensemble plus large de pratiques, discours et représentations liées à la profession de soignant.e. La comparaison des pratiques et représentations de part et d'autre de la Manche peut ainsi s'appuyer sur une compréhension des différences et similarités qui caractérisent le cadre matériel et normatif d'exercice des praticien.ne.s dans les deux pays. Ce contexte est le fruit d'une histoire nationale : celle de la mise en place de systèmes nationaux de santé dans les deux pays et des choix politiques à l'origine de leurs structures de fonctionnement, mais aussi celle des relations entre les différents acteurs du système. La prise en charge publique des coûts de santé implique en effet une collaboration entre la profession médicale et les pouvoirs publics, et les rapports de pouvoir caractérisant leurs relations ont une incidence forte sur les choix organisationnels qui ont été faits dans chaque pays.

Nous avons donc développé une analyse comparative de ces rapports de pouvoir à travers l'histoire de la mise en place des systèmes nationaux de soins et des collaborations entre la profession médicale et l'État. L'histoire et les évolutions de ces systèmes reflètent des appréhensions nationales de la santé en termes de responsabilités étatique et professionnelle. Le degré d'implication de l'État dans la gestion du système de soins, ainsi que sa capacité d'influence sur l'activité des professionnel.le.s, sont symboliques d'une perception nationale de la santé comme responsabilité d'État ou comme responsabilité individuelle. Ces éléments se révèlent également déterminants en matière de statut des usager.e.s au sein du système de santé : la protection de leurs droits, mais aussi la légitimité de leur participation à la gouvernance du système sont autant de domaines où les choix politiques d'un pays se traduisent très concrètement dans les expériences des usager.e.s du système de soins.

Si l'histoire des relations politiques entre les structures gouvernementales et la profession médicale et les différences qui caractérisent chaque contexte national en la matière ont déjà fait l'objet d'analyses en sciences politiques (Steffen, 1987,2004 ; Hassenteufel, 1997 ; Palier,

2015) et en sociologie (Aïach, Carr-Hill, Curtis et Illsley, 1988 ; Feroni et Kober-Smith, 2005 ; Or, Jusot et Yilmaz, 2009), ces perspectives n'intègrent que marginalement la place des usager.e.s dans l'organisation des systèmes de soins. L'originalité de notre approche tient ainsi à la considération du statut accordé aux usager.e.s ; d'une part dans la gouvernance des systèmes de soin, qui reflète la capacité d'influence des États, généralement à l'origine de l'aménagement de mécanismes de démocratie sanitaire. D'autre part, le statut des usager.e.s apparaît comme un aspect essentiel des dynamiques de l'interaction entre prescripteur/rice.s et usager.e.s, et ce d'autant plus dans le cadre de la consultation contraceptive, au sein de laquelle l'autonomie et le choix des usager.e.s sont censés jouer un rôle encore plus déterminant que dans le cadre de parcours de soins thérapeutiques. Nous nous sommes ainsi appuyée sur des analyses existantes permettant de caractériser la participation des usager.e.s et les droits qui leur sont accordés de part et d'autre de la Manche, et les avons mobilisées conjointement afin de mettre en évidence les spécificités nationales que révèlent le statut différentiel des usager.e.s dans chaque pays.

Cette comparaison des systèmes de santé anglais et français n'a pas pour objectif d'évaluer leur efficacité. Du point de vue des performances, les études comparatives mettent en avant une espérance de vie à la naissance plus longue en France qu'en Angleterre, mais aussi des inégalités de santé plus prononcées pour un taux de dépense globale supérieur²¹⁹ et une participation financière des usager.e.s plus importante²²⁰. Le National Health Service britannique présente des taux d'inégalités de santé moindres (Devaux, 2013), mais ses usager.e.s sont confronté.e.s à des délais d'attente importants pour accéder au secteur secondaire, notamment dans le domaine des traitements de cancers (Gürsoy, 2015). Le système français a été qualifié de système le plus performant du monde par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000²²¹, et le système britannique a obtenu la première place dans le classement du *Commonwealth Fund* en 2014²²². Chaque système semble présenter des

²¹⁹ Le budget du National Health Service représente environ 9 % du PIB, le situant légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, quand celui de l'Assurance Maladie est de 11 % du PIB, l'un des plus forts taux de dépenses de ce groupe de pays (Données issues de la base de données de la Banque Mondiale : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS?page=3>, consulté le 22 janvier 2016).

²²⁰ Voir par exemple : Isabelle Joumard, Christophe Andre, Chantal Nicq, *Health Care Systems : Efficiency and Institutions*, OCDE, 2010

²²¹ Organisation Mondiale de la Santé, *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*, 2000. La comparaison porte sur les 191 pays membres en 1997. La France est classée première dans le classement global, le Royaume-Uni 18e. Leurs positions relatives varient en fonction des indicateurs privilégiés.

²²² Commonwealth Fund, *Mirror, Mirror on the Wall - How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, 2014. L'analyse comparait les systèmes de santé des États-Unis, de la Suisse, de la Suède, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de l'Allemagne, des Pays-Bas, de la Norvège, du Canada, du Royaume-Uni (1ère position) et de la France (9e position).

éléments assurant des performances supérieures ou inférieures à la moyenne des pays de l'OCDE en fonction des indicateurs choisis. L'objet de ce travail n'est donc pas de statuer sur l'efficacité des systèmes de santé mais plutôt de caractériser les configurations historiques qui ont produit le système de relations institutionnelles actuel entre les pouvoirs publics, la profession médicale et les usager.e.s. La description de ces processus historiques²²³ et leur comparaison permet de resituer les tendances libérale britannique et paternaliste française dans une histoire plus longue, et d'en appréhender les conséquences sur la prescription contraceptive.

Le chapitre 6 est consacré à la comparaison des relations entre la profession médicale et les pouvoirs publics dans chaque pays. Les modalités de collaboration entre les médecins et les pouvoirs publics qui les rémunèrent dans chaque pays permettent d'aborder les conceptions nationales de la responsabilité publique en matière de soins. Ce chapitre permet de revenir, de manière descriptive, sur une histoire politique qui éclaire les spécificités actuelles de chaque système de soins. Le chapitre 7 aborde ces spécificités sous l'angle du statut accordé aux usager.e.s des systèmes de santé : qu'il s'agisse de leur implication dans la gouvernance du système ou des garanties en matière de sécurité et d'efficacité des pratiques médicales qui leur sont offertes, les choix politiques qui régulent l'organisation des systèmes de santé reflètent des équilibres de pouvoir spécifiques à chaque contexte national.

Cette analyse comparative permet de resituer les pratiques médicales contraceptives au sein de contextes professionnels nationaux spécifiques et d'aborder ensuite, dans la dernière partie de ce travail, les représentations et les pratiques rapportées au sein des entretiens en prenant en compte les cadres normatifs et pratiques de l'activité médicale dans chaque pays.

²²³ Notre approche est descriptive et comparative et ne cherche pas à élucider les déterminants historiques de ces différences, notamment le moindre attachement de la profession médicale britannique à une identité libérale par comparaison avec les médecins français, ce qui nécessiterait un travail de recherche spécifique.

Chapitre 6

Les rapports de pouvoir au sein des systèmes nationaux de santé : la puissance médicale française et le service public britannique

La France et l'Angleterre sont dotées de systèmes nationaux de prise en charge des coûts des soins au bénéfice de leurs citoyens. Ce financement public et solidaire des soins implique une collaboration accrue entre la profession médicale et les autorités publiques devenues leur principale source de rémunération. Cette collaboration prend des formes variables selon les contextes politiques nationaux. En Angleterre, le National Health Service est un service public financé par l'impôt dont les agents suivent des directives sanitaires nationales et locales et sont salariés sous contrat. En France, deux modes d'organisation différents se sont développés : des hôpitaux publics d'une part, et un secteur ambulatoire majoritairement libéral d'autre part, caractérisé par une autonomie professionnelle plus importante, en termes de rémunération, d'installation et de pratique clinique. Ces différences sont héritées de traditions nationales en matière de collaboration entre l'État et la profession médicale. Revenir sur la genèse de ces relations à partir du milieu du XIXe siècle permet de resituer les choix organisationnels qui ont été faits dans chaque pays et structurent aujourd'hui encore l'activité de soins. Ce retour permet aussi d'identifier les caractéristiques principales des identités professionnelles qui se dégagent de cette histoire, et notamment les conceptions singulières à chaque pays de ce que doit être un système de santé national.

Ces développements nationaux se traduisent aujourd'hui par des systèmes très différents de part et d'autre de la Manche, notamment en termes de répartition des pouvoirs et des responsabilités. Les modalités de collaboration entre les pouvoirs publics et les soignants déterminent les capacités de régulation publique des soins, en termes de coûts et d'organisation, et permettent d'identifier quels acteurs endossent la responsabilité des performances des systèmes de santé.

I. Du monopole aux systèmes nationaux de santé : les identités professionnelles nationales face à l'État

La seconde moitié du XXe siècle a été le témoin du développement d'États Providence en Europe, et notamment de systèmes de prise en charge nationale des soins, afin d'assurer

L'accès de tous les citoyens à la santé. Le conflit mondial de 1939-1945 a constitué un aléa géostratégique déterminant en tant qu'évènement d'unification nationale et de valorisation de la solidarité entre les membres de la société (Cutler et Johnson, 2004). Ces dispositifs nationaux reposent sur une collaboration entre les pouvoirs publics et la profession médicale, en charge de délivrer les soins pris en charge. Or, en la matière, des distinctions importantes séparent les deux pays. En Angleterre, les relations entre l'État et les médecins s'inscrivent, dès l'obtention du monopole d'exercice de la médecine par la profession, dans des collaborations qui s'intensifient tout au long du XXe siècle. À l'inverse, l'identité professionnelle des médecins français se construit dès le XIXe siècle dans la protection de leur autonomie, et donc en opposition à une intervention étatique forte. À partir de cette distinction initiale, deux systèmes sont mis en place après la Seconde Guerre mondiale. La défense de la médecine libérale rend le partenariat public difficile en France, et le système s'appuie sur un compromis fragile sur la question des honoraires, un enjeu qui monopolise durablement l'espace des négociations. En Angleterre, la création d'un service national de santé correspond à une intensification d'une collaboration institutionnalisée entre l'État et la profession médicale. La création du NHS et ses évolutions ultérieures consacrent une érosion continue, consentie par la profession, de l'autonomie et du pouvoir médicaux. Les deux systèmes sont donc fondés sur des rapports de pouvoir très différents, qui se traduisent par des capacités de régulation étatiques très contrastées d'un pays à l'autre.

1. Les médecins et l'État du XIXe siècle à la Seconde Guerre mondiale : des traditions de coopération contrastées

Les relations entre les pouvoirs publics et la profession médicale précèdent largement la mise en place des systèmes de santé nationaux. Dès le XIXe siècle, l'attribution d'un monopole d'exercice est l'objet de négociations, tout comme les modalités de participation des médecins aux politiques publiques hygiénistes. À partir du début du XXe siècle, des réflexions et des décisions politiques relatives à la prise en charge publique des soins pour les populations les plus précaires marquent les premières étapes des processus qui aboutissent, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, à la création de dispositifs publics nationaux. Les décennies qui précèdent la mise en place du NHS en Angleterre et de la sécurité sociale en France sont ainsi caractérisées par une intensification des relations entre l'État et la profession médicale, qui prennent des formes différentes d'un pays à l'autre et préfigurent les modalités de collaboration au sein des systèmes nationaux qui verront le jour à partir de 1945.

En Angleterre, l'obtention d'un monopole et la mobilisation des médecins dans le cadre d'un premier dispositif d'assurance nationale renforcent la collaboration entre l'État et la profession médicale. En France, la nature du monopole et les conflits qui opposent État et syndicats médicaux tout au long de la première moitié du XXe siècle reflètent une identité professionnelle et une conception de la médecine opposée à la collaboration avec les autorités publiques.

a. L'attribution d'un monopole d'exercice : collaboration ou opposition ?

Les travaux d'Eliot Freidson ont montré l'importance de l'État dans l'attribution d'un monopole aux médecins, permettant la constitution d'une profession médicale autonome, avec des pouvoirs d'autorégulation disciplinaire et académique (Freidson, 1984). L'obtention d'un monopole est une étape décisive dans le processus de professionnalisation de la médecine. Il implique un contrôle professionnel sur les critères d'entrée dans la profession et sa régulation interne, mais aussi la mise en place d'une hiérarchie entre les médecins et les autres professions médicales qui leur sont dès lors subordonnées. Or, ces reconnaissances étatiques ont des significations et des modalités très différentes de part et d'autre de la Manche, et consacrent des relations entre État et médecins de nature variable.

En Angleterre, le *Medical Act* de 1858 met en place le General Medical Council, instance déontologique qui confère un statut particulier aux médecins parmi les professions soignantes. Le General Medical Council est dès lors responsable de la délivrance des licences d'exercice de la médecine et participe à l'élaboration des programmes d'enseignement des universités de médecine. Mais le *Medical Act* ne consacre pas d'autonomie professionnelle vis-à-vis de l'État, qui conserve un droit de regard sur les critères d'attribution des licences d'exercice et des pouvoirs disciplinaires. Au contraire, cette reconnaissance officielle de la profession fait de la collaboration avec l'État un privilège réservé aux médecins : ils²²⁴ sont désormais les seuls soignants à pouvoir être employés par l'État, à pouvoir être responsables de missions administratives, comme la tenue des registres de naissance et de décès, ou encore mobilisés dans des campagnes de santé publique. Ce monopole n'interdit pas aux autres professions soignantes d'exercer (Larkin, 1995), mais distingue les médecins par le biais d'une collaboration privilégiée.

Cette collaboration accrue se distingue fortement du monopole attribué aux médecins en France. Le XIXe siècle est en effet marqué par une situation de tension entre l'État et les

²²⁴ La première femme britannique médecin est Elizabeth Garrett Anderson. Elle obtient son diplôme en 1865, mais ce n'est qu'en 1876 que les femmes sont officiellement autorisées à passer les examens permettant d'obtenir le diplôme. En France, il s'agit de Madeleine Brès, diplômée en 1875.

médecins. Ces derniers cherchent à mettre un terme à ce qu'ils considèrent comme une concurrence déloyale : l'existence d'officiers de santé, mis en place à la révolution française, qui constituent un corps de médecins d'État. Tout au long du XIXe siècle, de multiples tentatives de faire abroger le corps des officiers de santé reflètent cette opposition professionnelle (en 1825, 1828, 1833 et 1847). Par ailleurs, des critiques émergent au sein de la communauté médicale vis-à-vis de la participation des médecins aux campagnes d'hygiène et de santé publique, perçue comme menaçant le statut économique et social de la profession en engageant la médecine sur la voie de la fonctionnarisation (Tabuteau, 2010b). Les relations entre l'État et les médecins français sont ainsi marquées au XIXe siècle par une forte méfiance de la profession envers la collaboration avec l'État, qui est appréhendée comme un facteur de dégradation des conditions d'exercice de leur métier par les médecins. La forte présence des médecins dans les sphères parlementaires (Schittly, 1982 ; Hassenteufel, 1997) leur permet d'obtenir -grâce à la loi Chevandier (du nom du médecin qui la propose)- les conditions d'un exercice monopolistique et autonome de leur métier. Cette loi votée en 1892 supprime le corps d'officiers de santé et autorise la constitution de syndicats médicaux. Cette dernière mesure est notamment revendiquée par les médecins français pour pouvoir s'opposer aux mutuelles qui se multiplient (Gibaud, 1986) et parviennent à imposer des tarifs médicaux jugés trop bas par la profession (Tabuteau, 2010b). Le monopole obtenu par les médecins français autorise de plus la poursuite des soignant.e.s considéré.e.s comme des charlatans devant les tribunaux, et instaure une hiérarchie entre les professions de santé²²⁵. Il s'agit donc d'un monopole excluant les autres professions et consacrant l'autonomie de la profession médicale vis-à-vis de l'État. Pour le juriste Didier Tabuteau, l'expérience de l'officiat -qui a mobilisé la profession tout au long du XIXe siècle- peut être comprise comme le point d'opposition politique qui a disqualifié les possibilités de création d'une médecine d'État dans le contexte français (Tabuteau, 2010b).

La fin du XIXe siècle est donc marquée par l'obtention, grâce à la présence de médecins dans les sphères décisionnelles, d'une loi correspondant aux velléités de protection de la

²²⁵ Les termes du monopole entravent ainsi le développement et l'institutionnalisation des autres professions de soins, comme les infirmier.e.s. La régulation de cette profession, avec par exemple un projet d'encadrement fondé sur l'obtention d'un diplôme proposé en 1927, échoue face à l'opposition médicale au niveau parlementaire. Le rôle de la profession infirmière apparaît très limité par rapport à son développement dans d'autres pays (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2008), et ce n'est qu'à la faveur d'une directive européenne transposée en droit français à la fin des années 1970 que le rôle propre des infirmier.e.s est reconnu. Les ordres professionnels des infirmier.e.s, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues ne sont créés qu'en 2004 et 2006. Le droit de prescription fait également l'objet d'un monopole réservé aux médecins jusque dans les années 2000. Le monopole français correspond donc au modèle décrit par Freidson dans la mesure où il implique une subordination des autres professions de soins aux médecins.

profession médicale, en leur attribuant un monopole et des droits syndicaux. Cet événement caractérise l'attitude professionnelle vis-à-vis d'une éventuelle médecine d'État d'une part, et d'une atteinte à la liberté de fixer librement leurs tarifs d'autre part.

À l'aube du XXe siècle, les relations entre la profession médicale et l'État se distinguent donc fortement de part et d'autre de la Manche : en France, la méfiance professionnelle vis-à-vis de l'intervention étatique culmine dans l'obtention de mesures protégeant l'autonomie des médecins, alors qu'en Angleterre, la reconnaissance publique de la profession médicale passe par une intensification de la collaboration entre l'État et les médecins. Ces particularités nationales se confirment avec la mise en place progressive d'assurances nationales et de mécanismes de financement public des soins au cours de la première moitié du XXe siècle, là encore selon des principes spécifiques à chaque contexte politique.

b. La naissance de l'identité libérale dans la médecine française

Les conditions historiques d'obtention d'un monopole médical sont caractérisées en France par une méfiance de la profession médicale vis-à-vis de toute intervention extérieure sur ses conditions d'exercice. La création de syndicats médicaux, concomitante de l'obtention du monopole, s'inscrit dans cette dynamique protectionniste. Le cas français est donc caractérisé par une profession médicale capable de s'opposer à la mise en place d'un système assurantiel, ce qui se produit dès la fin du XIXe siècle. La profession médicale parvient à travers ses syndicats et sa présence effective dans les sphères parlementaires (Schittly, 1982 ; Ellis, 1990) à s'opposer à toutes les réformes et propositions de lois qui instaureraient une couverture maladie limitant le libéralisme de l'activité médicale. En 1893, elle s'oppose au système du tiers payant pour les citoyens les plus pauvres, en exigeant une rémunération à la visite et la possibilité de refuser de soigner les personnes concernées. En 1920, les syndicats obtiennent le contrôle des tarifs et du tiers payant lors d'une nouvelle réforme sur la couverture maladie des victimes de guerre qui prévoyait initialement un tarif fixe. Ces oppositions sont justifiées par des craintes quant à l'autonomie et la qualité de vie des médecins, notamment dans le contexte de la croissance de la protection mutualiste qui tend à conférer aux mutuelles un pouvoir de négociation sur les tarifs des soins (Hassenteufel, 2008). L'expression des intérêts de la profession passe par l'usage d'un fort pouvoir de blocage politique au sein des assemblées et commissions parlementaires (Pierru, 2007), et par les capacités de mobilisation des syndicats qui appellent à des grèves politiquement efficaces. Ces oppositions bénéficient d'un contexte politique conflictuel, les propositions de réforme rencontrant des difficultés à aboutir face aux multiples oppositions patronales, républicaines

et catholiques. En Angleterre, la mise en place d'assurances sociales est plus consensuelle (Hassenteufel, 1997) et donc moins contestable.

À la suite du rattachement de l'Alsace-Lorraine au territoire national en 1918, l'extension de la protection sociale bismarckienne à l'ensemble de la France est envisagée par les pouvoirs politiques. La loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales met en place un système de protection des salarié.e.s, basé sur un mécanisme de tiers payant. Ce projet politique donne lieu à une opposition coordonnée des syndicats médicaux et à une réaffirmation des principes de la médecine libérale. Les syndicats médicaux s'unissent pour s'opposer aux dangers perçus de la mise en place d'une médecine de caisses menaçant leur autonomie professionnelle, au sein d'une nouvelle organisation, la *Confédération des syndicats médicaux français*, rassemblant l'*Union des syndicats médicaux français* et la *Fédération nationale des syndicats de médecins de France* (FNSMF). Cette réunification s'appuie sur un consensus autour d'une charte élaborée en 1926 par la FNSMF, qui établit une doctrine professionnelle pour la profession. Elle pose les principes suivants pour l'exercice d'une médecine défendue dans une conception libérale : le libre choix du praticien (et donc la possibilité pour les professionnel.le.s de refuser des patient.e.s), le respect absolu du secret professionnel (et donc le refus de communiquer des données à des organismes extérieurs, administratifs ou autres), le droit à des honoraires pour tout.e malade soigné.e, le paiement direct, la liberté thérapeutique et de prescription (Hassenteufel, 2008, 25). Le consensus autour de cette charte marque la domination au sein de la profession d'une perspective corporatiste libérale, qui défend une conception au niveau individuel du rôle médical et de la santé par opposition à une perspective sociale de la médecine, portée par les politiques hygiénistes (Steffen, 1987 ; Hassenteufel, 1997). Du fait de la mobilisation unifiée de la profession et de ses relais au sein des assemblées parlementaires (Ellis, 1990), les principes de la médecine libérale sont reconnus par les décideurs politiques. La loi du 30 avril 1930 modifie la loi sur les assurances sociales, en décourageant la médecine salariée et en protégeant légalement le principe de la libre entente sur les honoraires. Elle constitue aussi les syndicats en partenaires officiels des négociations avec les caisses d'assurance. Les années 1930 voient ainsi la médecine libérale, curative et individuelle s'imposer au détriment de la médecine sociale, préventive et collective, une victoire qui influence durablement les politiques de santé françaises.

La conception libérale de la médecine défendue par les syndicats médicaux français s'inscrit dans une vision corporatiste de la médecine, comme activité exercée par un corps professionnel fermé et autorégulé. Dans les années 1920 et 1930, dans le contexte européen qui préfigure la Seconde Guerre mondiale, cette vision se nourrit de xénophobie vis-à-vis des

médecins d'origine étrangère ou de confession juive dont la moralité est mise en doute par les responsables syndicaux. Ces convictions mènent à la revendication, majoritaire au sein de la profession, d'un ordre professionnel qui pourrait veiller à la moralité et au caractère national de l'activité médicale. Une première proposition de loi est présentée en 1923 mais est abandonnée au cours des allers-retours entre la Chambre et le Sénat avec l'avènement du Front Populaire. L'Ordre National des médecins est finalement créé par décret le 7 octobre 1940 sous l'impulsion du rapporteur de la loi en 1923 (devenu Commissaire Général aux Questions juives) et des médecins présents au gouvernement. Si cet Ordre remplit les fonctions d'autorégulation professionnelle revendiquées par les syndicats, avec la mise en place de juridictions ordinales et l'application d'une politique xénophobe (notamment l'interdiction de pratique pour les médecins dont le père est étranger ou l'institution d'un *numerus clausus* pour les personnes juives), il est par ailleurs conçu comme un instrument de la politique du gouvernement de Vichy et de contrôle de la profession, et s'accompagne de la suppression des syndicats (Hassenteufel, 2008). Ces derniers sont rétablis à l'issue du régime de Vichy mais le Conseil de l'Ordre des médecins est maintenu et conserve ses fonctions de régulation disciplinaire, avec notamment la responsabilité d'élaborer le code de déontologie médicale. Les principes de la charte de la médecine libérale sont ainsi intégrés au Code de Déontologie qui paraît au journal officiel en 1947 (Jaunait, 2005 ; Pavé, 2012, 196). À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, les organismes représentant la profession médicale sont donc tous convaincus de la nécessité d'une médecine corporatiste et libérale, et c'est dans ce contexte que les négociations pour la mise en place d'un système national de protection sanitaire se déroulent.

c. En Angleterre : un processus d'étatisation continu

Dès le début du XXe siècle, des politiques d'assurance sociale sont développées en Angleterre. En 1911, un système de prise en charge publique des soins à destination des ouvrier.e.s est mis en place avec la loi sur la *National Health Insurance*, qui prévoit des indemnités en cas de maladie et une couverture sanitaire pour les travailleurs et travailleuses les moins bien rémunéré.e.s. Ce système assurantiel est inspiré des dispositifs allemands bismarckiens, et conditionne donc le bénéfice de l'assurance au travail salarié. Les coûts sont partagés entre les employé.e.s -par le biais de cotisations-, l'État et les employeurs. Si les critères d'inclusion au dispositif sont progressivement élargis, avec plus de la moitié de la population britannique adulte couverte en 1936 (Digby et Bosanquet, 1988, 74), il ne s'agit

cependant que des ouvrier.e.s, et non de leur famille, le dispositif ayant été conçu essentiellement sur la base de préoccupations économiques.

Voté en 1911, le *National Health Insurance Act* n'entre en vigueur que deux ans plus tard, du fait de la longueur des négociations avec la profession médicale, par l'intermédiaire de la *British Medical Association*. Cet organisme représente les médecins généralistes, qui sont principalement concerné.e.s par la mesure, les soins hospitaliers n'étant pas compris dans la couverture maladie. La BMA parvient, en menaçant de ne pas participer au système réformé, à obtenir une bonne représentation des médecins dans les instances de direction de ce système, alors qu'il devait au départ être géré uniquement par les autorités locales. Ces négociations et leurs issues relativement favorables à la profession médicale sont décrites par les historien.ne.s Patricia Day et Rudolf Klein comme un signe de faiblesse de l'État face au corporatisme médical (Day et Klein, 1992). Cependant, la mise en place effective de la *National Health Insurance* et l'acceptation d'une rémunération par capitation constituent des pertes de pouvoir importantes pour la profession en comparaison avec la défense de la médecine libérale française. Du point de vue de la BMA, le système du paiement par capitation apparaît préférable au salariat et la possibilité pour les médecins de refuser d'adhérer au dispositif constitue une garantie suffisante de leur indépendance (Ham, 2004, 10), une position qui se distingue nettement de celle des syndicats français vis-à-vis des dispositifs assurantiels nationaux. De plus, la mise en place de la NHI est marquée par des divisions professionnelles internes. La BMA n'obtient pas le niveau de rémunération escompté et appelle les médecins à ne pas participer au système, mais les médecins britanniques s'engagent massivement dans le dispositif, qui emploie sept médecins sur 10 en 1938 (Digby et Bosanquet, 1988). Ce succès peut se comprendre comme une manifestation de la faiblesse syndicale de la profession médicale britannique, mais traduit également une absence d'opposition au principe d'étatisation des soins.

Le succès de la NHI doit être mis en regard de ses conséquences économiques pour la profession médicale. Elle représente en effet une opportunité économique avantageuse pour les médecins confronté.e.s à la concurrence des centres de santé locaux, développés par les autorités locales comme les cliniques maternelles et infantiles, et à des patientèles dont le niveau de revenu limite la solvabilité. La participation au dispositif assure un revenu fixe qui modifie l'attractivité de la carrière médicale, qui n'était jusqu'alors lucrative que pour un petit nombre de praticien.ne.s exerçant en zone urbaine et peu rémunératrice pour la majorité des médecins (Digby et Bosanquet, 1988). La mise en place de l'assurance santé nationale a un effet d'égalisation des salaires au sein de la profession en réduisant les différences entre les

différents modes d'exercice, et donne lieu à une amélioration globale des conditions économiques de la profession. En dépit des critiques qui caractérisent cette première expérience de couverture nationale sanitaire, notamment sur la qualité des soins fournis, cette collaboration entre l'État et la profession médicale constitue un précédent positif à la création du NHS, puisque la majorité des médecins ont vu leurs conditions économiques améliorées par le NHI. Dans l'entre-deux-guerres, les sources publiques de rémunération sont en constante augmentation pour la profession médicale, qui en plus du dispositif NHI est sollicitée par les services de police, l'Assistance publique ou encore pour des campagnes de vaccination orchestrées par les pouvoirs publics (Webster, 2002, 200). Cette période contribue donc à intensifier les collaborations entre l'État et la profession médicale et à diffuser une vision positive de l'étatisation de la médecine, perçue comme une solution à la concurrence médicale, alors que c'est la voie du protectionnisme qui est choisie en France dans les années 1930.

Cette première ébauche de système national est renforcée pendant la Seconde Guerre mondiale par la création d'un *Emergency Medical Service* visant la prise en charge coordonnée de toutes les personnes blessées dans le contexte du conflit. Toutes les catégories d'hôpitaux, publics et indépendants, collaborent au sein de ce dispositif, ce qui préfigure la mise en place d'un réseau national hospitalier au sein du NHS.

Ces expériences renforcent le poids politique des propositions de services nationalisés de santé qui gagnent en légitimité des années 1930 à la fin de la guerre : les rapports de la *Royal Commission on National Health Insurance* (1926), de la *Sankey Commission on Voluntary Hospitals* (1937) mais aussi ceux de la BMA en 1930 et 1938, se prononcent tous en faveur d'une coordination nationale et d'une prise en charge étatique des soins (Ham, 2004, 13). Le contexte qui précède la mise en place du NHS est donc fondamentalement favorable à une intervention étatique dans la mise à disposition des soins médicaux, y compris au sein de la profession médicale.

À l'aube de la création de systèmes nationaux de santé, les relations entre l'État et la profession médicale dans chaque pays sont donc très contrastées. En Angleterre, l'obtention d'un monopole, puis la mise en place de la *National Health Insurance* ont renforcé les collaborations entre l'État et les médecins et constitué des pertes de pouvoir négociées, les limites à l'autonomie professionnelle qu'implique la NHI étant compensées par une sécurité économique inédite pour la profession et par une représentation médicale dans les instances décisionnelles du système. Dans ce contexte, la création du *National Health Service* en 1946

s'inscrit dans un processus continu d'étatisation de la médecine et soulève peu d'oppositions. La même période en France est témoin de la consolidation d'une identité médicale libérale, qui s'oppose aux projets d'assurances sociales développés avant la Seconde Guerre mondiale. La mise en place de la sécurité sociale en 1945 doit donc s'accommoder d'une profession médicale politiquement puissante et réticente à toute entame des prérogatives et de l'autonomie inhérentes à la médecine libérale.

Ces traditions nationales de coopération entre les pouvoirs publics et la profession médicale ont des conséquences sur les choix politiques et organisationnels qui guident la mise en place du NHS et de l'Assurance Maladie. La création de ces systèmes nationaux d'assurance santé implique en effet une nouvelle organisation de la médecine, désormais financée par les contribuables. Ce financement est orchestré par les autorités publiques, qui constituent un nouveau tiers dans la relation entre les soignant.e.s et les usager.e.s et disposent d'un rôle et d'un pouvoir de régulation variables d'un pays à l'autre, en fonction du rapport de force initial entre État et profession médicale. Ces équilibres de pouvoir nationaux déterminent la capacité de l'État à influencer sur l'organisation de la délivrance des soins, sur la régulation des dépenses, et à orienter le fonctionnement du système en fonction de politiques sanitaires (Catrice-Lorey et Steffen, 2006).

2. L'Assurance Maladie française : "la subordination acceptée du politique au corps médical"

La prise en charge solidaire des coûts de santé s'organise en France dans le cadre de la sécurité sociale, un important dispositif d'assurance contre les risques sanitaires et économiques mis en place à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, conformément au projet du Conseil National de la Résistance²²⁶. Les frais de santé sont désormais financés par le biais de cotisations sociales, ce qui implique une rémunération des médecins par les pouvoirs publics. Cette collaboration se limite en France à un remboursement des assuré.e.s, sans que l'État n'intervienne dans l'organisation des soins : les médecins conservent leur liberté d'exercice et les principes de la médecine libérale ne sont pas entamés par ce nouveau système. À partir des années 1980, les coûts engendrés par le système mobilisent les responsables politiques, qui tentent d'instaurer des mécanismes de régulation de l'activité médicale. Ces tentatives de régulation se heurtent aux dynamiques de pouvoir instaurées dès l'origine au sein du système de soins français : l'autonomie professionnelle, défendue avec

²²⁶ Ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945, Lois du 22 mai, du 22 août et du 30 octobre 1946

force par les syndicats, limite considérablement les capacités d'orientation et d'influence des autorités publiques dans le domaine sanitaire.

a. Pouvoirs et responsabilités dans le dispositif français

La création de la sécurité sociale correspond à un projet d'envergure de protection des citoyen.ne.s contre les risques sociaux et sanitaires. Le système comprend une assurance contre la perte de revenus occasionnée par la maladie ou la perte d'un emploi, la mise en place d'un service national de retraite et la prise en charge publique des coûts des soins médicaux. Dans le domaine sanitaire, ce projet d'assurance contre le risque se concrétise par la création de l'Assurance Maladie. Son financement est géré par des caisses qui administrent un système de cotisations sociales *via* des conseils mixtes rassemblant les syndicats de travail et le patronat sur trois niveaux de décision (national, régional et primaire). Les ressources ainsi mobilisées sont ensuite versées aux assuré.e.s en remboursement des soins fournis par les médecins qui, eux, conservent la responsabilité (et la liberté) de l'organisation des soins.

o La faiblesse de la régulation publique au sein de l'Assurance Maladie

Le système d'assurance maladie français est fondé sur une séparation entre le financement des soins et leur administration. Cette séparation tient notamment au fait que le projet de la sécurité sociale dépasse le cadre de la prise en charge des soins : il s'agit d'un système d'assurance contre les risques -entendus au sens large- rencontrés par les travailleur/se.s, et il n'a pas pour ambition de nationaliser l'organisation des soins (Tabuteau, 2010b). Mais cette séparation originelle a un impact direct sur la capacité de régulation et de maîtrise budgétaire des organismes de financement (Catrice-Lorey et Steffen, 2006). Contrairement, par exemple, au système allemand, qui attribue des responsabilités et des capacités de négociation aux caisses régionales, les caisses d'assurance maladie françaises n'ont qu'un rôle de payeur et non de partenaire de gestion, et ne sont pas dotées de pouvoirs leur permettant d'imposer des éléments de planification, de gestion ou de régulation des dépenses dans les conventions. La structure même du système entérine donc l'indépendance du financement de la protection sociale et de la politique de santé (Catrice-Lorey et Steffen, 2006).

Ce mode d'organisation reflète d'une part un choix politique d'investissement minimal de la part de l'État : les autorités publiques se contentent d'assurer le remboursement des assuré.e.s et ne prennent pas en charge l'organisation des soins. Par ailleurs, il correspond aux possibilités de collaboration entre l'État et la profession médicale, cette dernière s'étant opposée à plusieurs reprises aux projets d'assurances sociales dans l'entre-deux-guerres et souhaitant voir respectés les principes de la médecine libérale à l'échelle nationale. Ce

nouveau système n'entame aucun de ces principes, qu'il s'agisse du libre choix du médecin, du droit à des honoraires pour toute personne soignée ou du paiement direct : "*les prestations ont été étendues, mais le mode de soins n'a subi aucun changement. Le rôle principal du système français de sécurité sociale dans ce domaine est de couvrir les dépenses*" (Galant, 1955, 40). Même la libre fixation des honoraires est préservée, dans la mesure où la convention sur des honoraires nationaux initialement prévue est refusée par les syndicats.

La défense des principes de la médecine libérale, fortement incarnée par les syndicats médicaux, est par ailleurs renforcée par la nouvelle institution créée en 1940, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). La régulation disciplinaire et déontologique de la profession demeure une prérogative de l'Ordre à l'issue de la guerre, ce qui confère à cette institution un "quasi pouvoir législatif", le Conseil de l'Ordre prenant parfois des libertés avec l'inscription dans le Code de Déontologie de principes affirmés par voie législative ou jurisprudentielle²²⁷ (Tabuteau, 2010b). Le CNOM, composé de médecins élu.e.s par leurs pairs, s'inscrit dans une défense des principes de la médecine libérale comme garants de la sécurité et de la qualité des soins et soutient donc les positions syndicales s'opposant à une régulation publique de l'activité médicale.

Face à ce consensus professionnel et au pouvoir de négociation du monde médical, les caisses d'assurance maladie ne parviennent pas à imposer de dynamique unifiée sur le territoire national. S'il était à l'origine prévu de rassembler toutes les mutuelles et caisses en une structure nationale déclinée localement, de nombreuses oppositions à cette unification se sont manifestées, et il existe donc plusieurs organismes d'assurance maladie en fonction des secteurs professionnels, ce qui entame la légitimité des caisses. Elles ne disposent pas de pouvoirs réglementaires leur permettant d'imposer une décision administrative aux médecins et elles dépendent de l'accord des syndicats médicaux pour mettre en place les conventions de paiement. Le système de soins français est donc caractérisé par une fragmentation des responsabilités entre caisses d'assurance maladie, médecins et État, et par une faiblesse structurelle des acteurs publics, qui ne sont dotés que d'outils limités pour piloter les politiques sanitaires.

Cette faible capacité de régulation publique n'est pas spécifique de la médecine libérale de ville. Cependant, dans le secteur hospitalier, une série de réformes en 1958 (Réforme Debré créant les Centres Hospitaliers Universitaires) et en 1970 (création du Service Public

²²⁷À titre d'exemple, le droit à l'information du malade, consacré par la jurisprudence de la Cour de Cassation en 1951 et 1961 n'a été intégré dans le Code de déontologie médicale qu'en 1995 (Kouchner, Laude et Tabuteau, 2009).

Hospitalier) tendent à faire des soins secondaires un domaine où l'intervention publique est plus légitime, notamment du fait de financements directs de certains salaires médicaux. Dans le secteur ambulatoire en revanche, le conventionnement, au cœur de la relation entre les médecins et l'État, devient un objet d'affrontements entre des intérêts divergents.

○ *Le conventionnement comme crise au cœur de la relation entre l'État et la profession médicale*

Suite au refus initial des syndicats médicaux de signer une convention nationale s'appliquant à l'ensemble du territoire, les caisses d'Assurance Maladie développent des possibilités de conventionnement par département. Au cours des années 1960, de plus en plus de médecins, notamment celles et ceux installé.e.s dans des départements économiquement défavorisés, adhèrent au conventionnement afin de rendre leurs prestations accessibles à l'ensemble de leur patientèle (Steffen, 1987 ; Bras, 2015). En parallèle de la formation progressive de ce courant conventionniste, la très forte augmentation du nombre d'étudiant.e.s inscrit.e.s en médecine nourrit des inquiétudes au sein de la profession, qui amènent les syndicats à reconsidérer leur opposition à une convention nationale (Samson, 2009). Un accord est obtenu en 1971 : la première convention nationale est acceptée par les syndicats en échange de contreparties protégeant le statut et le niveau de revenus des médecins. Un *numerus clausus*, limitant l'accès aux études médicales, est mis en place afin de conserver des conditions de concurrence optimale pour les praticien.ne.s en exercice (Déplaudé, 2007). Les syndicats obtiennent par ailleurs l'inscription des principes de la médecine libérale dans le Code de la Sécurité Sociale (Catrice-Lorey et Steffen, 2006, 177), afin de leur conférer une protection légale, et l'engagement des caisses à ne pas créer ou subventionner des centres médicaux fonctionnant sur le salariat (Steffen, 1987, 29). La première convention nationale entre en vigueur en 1971 et met en place des tarifs opposables sur l'ensemble du territoire²²⁸.

L'encadrement national des honoraires médicaux est de courte durée. Dès le début des années 1980, les syndicats médicaux revendiquent une réévaluation à la hausse des tarifs fixés en 1971. Afin de calmer ces revendications, le gouvernement Raymond Barre accepte d'ouvrir un secteur d'honoraires libres, le secteur 2, au sein duquel les praticien.ne.s peuvent pratiquer des honoraires supérieurs aux tarifs opposables. Ce nouveau secteur d'activité suscite un engouement professionnel, et dès 1989, 16% des médecins généralistes et 44% des spécialistes choisissent ce type de conventionnement (Bras, 2015, 77).

²²⁸ Avec une exception pour certain.e.s médecins qui obtiennent un droit permanent au dépassement, du fait de leur "*notoriété particulière*" (Bras, 2015, 76).

La mise en place du secteur 2 a des conséquences directes pour l'accessibilité des soins pour les usager.e.s les plus modestes, car le dépassement d'honoraires reste à leur charge (Dormont et Péron, 2015)²²⁹. Le gouvernement de Michel Rocard tente de renégocier les conditions de passage en secteur 2 en 1989 mais cette tentative donne lieu à des confrontations conflictuelles entre les syndicats médicaux et le gouvernement, avec notamment une grève des internes. Le secteur 2 n'est pas supprimé et les médecins qui en bénéficient obtiennent de conserver leurs avantages, mais l'entrée dans le secteur 2 est gelée, et seules certaines catégories de médecins peuvent opérer un changement de secteur à partir de cette date (ancien.ne.s chef.fe.s de clinique et assistant.e.s des hôpitaux). Cela limite dans les faits la part de médecins généralistes exerçant dans le secteur 2, qui décroît à partir de 1990, mais les spécialistes ne s'installent généralement qu'après avoir exercé les fonctions d'assistant.e ou de chef.fe de clinique, et ce secteur reste donc très accessible aux nouveaux/elles entrant.e.s : 60 % des installations des spécialistes s'effectuent en secteur 2 en 2013, ce qui démontre l'inefficacité du « gel » pour limiter son expansion pour les soins spécialisés. En 2013, 43 % des spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires contre 6 % des généralistes²³⁰.

La question de la rémunération des médecins devient dès lors centrale dans les relations entre la profession médicale et l'État. Les syndicats qui représentent une majorité de spécialistes exigent une réouverture du secteur 2 à l'ensemble des praticien.ne.s, et ceux qui défendent les intérêts des médecins généralistes une revalorisation du tarif conventionné. Tous conditionnent toute réforme du secteur ambulatoire à ces éléments financiers. Les caisses ne disposent pas de suffisamment de pouvoir et de mécanismes de régulation pour imposer des décisions aux soignant.e.s, qu'il s'agisse de pratiques cliniques ou administratives : elles doivent donc composer avec ces exigences financières pour proposer des réformes organisationnelles. Quant à l'État, il peine à s'imposer dans un secteur qu'il avait initialement confié aux acteurs médicaux et aux caisses d'assurance maladie. Ce déséquilibre de pouvoirs se manifeste particulièrement à partir des années 1980, alors que le gouvernement tente d'imposer de nouveaux mécanismes de régulation dans le domaine sanitaire.

²²⁹Pierre Aballea, Fabienne Bartoli, Laurence Eslous et Isabelle Yeni, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2007 ; Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume et Thierry Rochereau, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2014.

²³⁰ Observatoire des pratiques tarifaires, *Dépassements d'honoraires 2013*, 12 mai 2014

b. Un retour difficile de l'État dans la régulation du système de soins

Confronté.e.s comme dans la majorité des pays occidentaux à une croissance très forte des dépenses de santé, les responsables politiques français.es cherchent à partir des années 1980 à intervenir sur l'utilisation des ressources de la sécurité sociale. La réforme menée par Alain Juppé, alors premier ministre, constitue une tentative d'envergure de transformation des comportements de dépenses et des rapports de pouvoir au sein du système français. Elle s'élabore sans consultation des syndicats médicaux suite à l'échec d'une série de négociations²³¹ (Hassenteufel et Palier, 2005). Le plan Juppé a notamment pour ambition d'instaurer un contrôle des coûts, *via* l'instauration d'une fixation parlementaire, *a priori*, des budgets dévolus à la protection santé des citoyen.ne.s. Le dispositif ne fonctionne pas, car les budgets fixés ne sont jamais respectés. En 2000 et 2002, le taux d'évolution des dépenses atteint le double de l'objectif prévisionnel. Son échec est dû en partie à la dimension volontariste et relativement arbitraire de budgets élaborés avec un déficit de lien avec le terrain. Mais c'est surtout l'absence de mécanismes d'encadrement et de sanction en cas de dépassement, initialement prévus mais abandonnés face à l'opposition des syndicats médicaux, qui en fait un dispositif essentiellement décoratif (Hassenteufel et Palier, 2005). La régulation des dépenses de santé est mise en échec par l'autonomie d'acteurs clefs dans la détermination des dépenses, les prescripteurs, dont les comportements résistent aux tentatives d'influence.

La structure du conventionnement telle qu'elle a été construite en France favorise en effet la prise en compte des préférences des médecins, qui sont considéré.e.s comme des partenaires de négociation et non comme des agents d'un service public. La force de négociation des syndicats médicaux est systématiquement mise en œuvre contre la mise en place de mécanismes de contrôle et de sanction. Les dispositifs d'inflexion des comportements de dépense ou des pratiques médicales (valorisation des médicaments génériques ou des actes préventifs) sont donc orientés vers une valorisation financière des comportements professionnels encouragés, ou sont intégrés à des conventions avec comme contrepartie une revalorisation des tarifs opposables.

Le pouvoir des syndicats peut apparaître paradoxal au regard de la fragilité de la représentation médicale syndicale. Cette représentation est caractérisée par une faible implication au niveau individuel des praticien.ne.s (Pavé, 2012) et par une fragmentation

²³¹ La convention de 1990, qui instaurait des "contrats locaux d'objectifs de dépenses" n'a été signée que par un seul syndicat et dans une version très édulcorée par rapport au projet initial, et les "contrats de santé" proposés en 1991 sont rejetés face à une importante mobilisation syndicale.

croissante des syndicats par spécialités et au fur et à mesure des ruptures liées à des désaccords politiques. La légitimité des syndicats est fragilisée par des revirements électoraux réguliers en fonction des prises de position dans les négociations avec les caisses d'assurance maladie et les gouvernements : la participation à un accord avec les pouvoirs publics a ainsi systématiquement pour conséquence un désaveu électoral aux élections suivantes (Hassenteufel et Pierru, 2003 ; Tabuteau, 2006). Cela tient au fait que le principe même du conventionnement, même s'il rémunère les praticien.ne.s, est perçu comme une menace pour l'indépendance de la profession (Pavé, 2012, 200 ; Jobert, 1994, 79-80). Cette fragilité politique des syndicats a tendance à conforter des positions corporatistes et protectionnistes des privilèges liés à l'exercice libéral de la médecine, qui préservent l'adhésion des médecins qui choisissent de voter lors des élections syndicales (Hassenteufel et Pierru, 2003).

La gouvernance du système de santé français est donc caractérisée par un rapport de force défavorable entre d'une part, les autorités publiques, incarnées par le gouvernement et les caisses d'assurances maladies, qui ne coordonnent pas nécessairement leurs actions et dont les divisions limitent les pouvoirs de régulation, et d'autre part la profession médicale, représentée par des syndicats qui conditionnent la signature des conventions à l'obtention d'avantages économiques et à la préservation des principes de la médecine libérale. La majorité des négociations entre ces deux pôles se focalisent sur les questions de rémunération, dans la mesure où les syndicats tentent d'obtenir des revalorisations d'honoraires ou la réouverture du secteur 2 et posent ces réformes comme conditions d'adhésion aux conventions. L'absence de contrôle de l'État sur les praticien.ne.s réduit la zone de contact entre la puissance publique et la fonction médicale à la seule question conventionnelle, elle-même focalisée sur la rémunération ou les compensations financières à des efforts de régulation consentis par les syndicats, qui ne sont par ailleurs pas en mesure de s'engager sur les comportements de ceux et celles qu'ils représentent. Dans ce contexte, les tentatives de limitation des dépenses de santé des gouvernements à partir des années 1980 se heurtent à une opposition syndicale conservatrice et à un déficit de pouvoir des autorités publiques.

Au regard des différents conflits qui structurent la mise en place et la gestion de l'Assurance maladie française, les relations entre les pouvoirs publics et la profession médicale au sein du système de soins français apparaissent caractérisées par "*la subordination acceptée du politique au corps médical*" (Bras, 2008, 51). Contrairement à l'Allemagne, où les caisses d'assurance maladie détiennent des outils de régulation contraignants vis-à-vis des praticien.ne.s (Catrice-Lorey et Steffen, 2006), ou à l'Angleterre, où le système est entièrement géré par l'État, le système français semble caractérisé par une fragmentation des

responsabilités et une faible capacité de régulation publique. Les caisses d'assurance maladie, principal financeur des soins, ne disposent pas des pouvoirs réglementaires pour imposer des conventions médicales visant la limitation des dépenses ou l'amélioration de la qualité des soins, et elles dépendent de l'adhésion de syndicats médicaux très attachés aux principes de la médecine libérale. Les gouvernements voient leurs tentatives d'influence des comportements mises en échec par l'absence de mécanismes de contrôle et de sanction, systématiquement disqualifiés par l'opposition médicale. De plus, les situations d'opposition entre médecins et pouvoirs publics sont redoutées par les responsables politiques, qui craignent le pouvoir d'influence des médecins auprès de leur patientèle (Bras, 2008) et en tant qu'acteurs sociaux : les élus et ministres ont ainsi tendance à adopter une « *stratégie d'évitement du conflit* » vis-à-vis de la profession médicale (Bras, 2015, 92). La santé fait ainsi figure d'exception à la centralisation française qui prône une gestion nationale de tous les grands domaines d'action publique : dans ce secteur, l'État a adopté une attitude traditionnellement abstentionniste en confiant l'administration du système aux caisses d'assurance maladie et n'a pas impulsé de politique sanitaire globale (Tabuteau, 2014).

La situation apparaît très différente en Angleterre, où l'identité professionnelle des médecins n'est pas caractérisée par une opposition à une régulation publique du système de santé.

3. Le NHS et les praticien.ne.s britanniques : une perte de pouvoir négociée

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, le parti travailliste nouvellement élu concrétise les projets de service national de santé en discussion depuis plusieurs années dans les sphères politiques britanniques. Le *National Health Service* est le premier système universel assurant à tou.te.s les citoyen.ne.s une protection sanitaire inconditionnelle. La création du NHS donne lieu à une nationalisation de la médecine qui devient dès lors une compétence et une responsabilité d'État (Milewa, 2004). Presque entièrement financés par l'impôt, les soins sont accessibles à tou.te.s les citoyen.ne.s gratuitement, et les médecins deviennent agents d'un service public, qu'il s'agisse des hôpitaux ou des soins primaires. Le fonctionnement du NHS implique une forte régulation de l'activité médicale qui perd ses aspects commerciaux. Cette nationalisation donne lieu à des négociations avec la profession médicale sur la forme des relations contractuelles mises en place, mais pas sur le principe d'une médecine nationalisée, qui s'inscrit dans la continuité du poids croissant du financement étatique de la médecine (NHI, Emergency Medical Service). Dans le cadre du nouveau NHS, la profession médicale renonce à un grand nombre des privilèges défendus par les médecins français, et cette érosion

du pouvoir médical se poursuit au cours des réformes impulsées par les gouvernements conservateurs puis par le New Labour dans les années 2000.

a. La création du NHS : la fin de l'autonomie financière de la profession médicale

En 1945, la victoire du parti travailliste précipite les discussions amorcées dans l'entre-deux-guerres sur un éventuel élargissement de la *National Health Insurance* à l'ensemble de la population²³². Le *NHS Act* est voté en 1946, avec un délai de mise en place de deux ans prévu, l'entrée en vigueur du nouveau système étant annoncée à la date du 5 juin 1948. Le nouveau ministre de la Santé, Aneurin Bevan, entame alors les négociations avec la profession médicale. Certaines analyses historiques britanniques de ces négociations insistent sur les réticences de la profession médicale à accepter les conditions proposées par le gouvernement d'une nationalisation de son activité (Webster, 2002 ; Ham, 2004 ; Harrison et McDonald, 2007). La *British Medical Association*, représentante des médecins généralistes dans les négociations, s'oppose notamment à la salarisation de la médecine générale, à la fin de la vente et de l'achat des patientèles ou à la perte de la liberté d'installation²³³. La menace d'un salariat médical généralisé apparaît d'autant plus tangible que les cliniques locales publiques, très attractives pour la patientèle de soins primaires, apparaissent comme l'une des formes d'organisation des soins primaires possibles. L'opposition se maintient jusqu'à quelques mois à peine avant la date de mise en place prévisionnelle. Cependant, en comparaison avec la situation française, ces conflits apparaissent limités à la forme prise par les négociations et à des aspects marginaux de la mise en place d'un service public de santé. Des solutions de compromis sont trouvées, ne modifiant pas le projet de nationalisation de la santé. Les spécialistes acceptent de devenir salarié.e.s d'hôpitaux nationalisés à condition de pouvoir conserver une activité privée au sein de ces établissements et de bénéficier de primes d'activité. Les médecins généralistes acceptent de devoir souscrire des contrats d'activités avec les autorités locales et d'être rémunéré.e.s par capitation par ces dernières, une situation qui apparaît favorable à la préservation de leur indépendance par rapport au salariat mais

²³²Les réflexions sur la mise en place d'un service public national de soins sont entamées dès les années 1920, avec un certain nombre de rapports prônant l'extension de la prise en charge du dispositif de la NHI à l'ensemble de la population. En 1942, le rapport Beveridge est publié suite à une commande du gouvernement. Ces conclusions prônent la mise en place d'un service national de santé gratuit pour tous les citoyens britanniques, et dépassent de loin le cadre de l'expertise sollicitée par le gouvernement conservateur. Le rapport bénéficie cependant d'une large couverture médiatique, et plus de 600 000 copies sont vendues, un chiffre inhabituel pour un rapport gouvernemental.

²³³ La vente et l'achat de patientèle sont effectivement abolis par la mise en place du NHS, avec des compensations financières pour les praticien.ne.s concerné.e.s. (Webster, 2002, 28). La liberté d'installation sera limitée dès 1960.

représente un certain degré de fonctionnarisation (Light, 2003). Les négociations entre le gouvernement et la profession se focalisent donc sur la rémunération de 1943 à 1948, et non sur le principe d'étatisation (Webster, 2002).

Comme l'a analysé Patrick Hassenteufel, la profession semble s'opposer à un mode de décision gouvernemental unilatéral et exiger d'être prise en compte dans l'élaboration du service national, mais ne conteste pas la création de ce service, ni la perte d'autonomie en matière financière et géographique qu'il suppose (Hassenteufel, 1997). Au regard de la croissance des opportunités de travail en collaboration avec l'État dans les décennies précédant la création du NHS, il apparaît que dans le contexte économique britannique, la perte de l'autonomie financière se trouve compensée par la sécurité économique et professionnelle que représente un service public.

En tout état de cause, la mise en place d'un service national de santé britannique influence considérablement l'organisation de l'activité médicale en limitant les libertés professionnelles commerciales : les médecins ne disposent que d'une liberté d'installation limitée, et n'ont pas d'autonomie financière. Elles et ils sont rémunéré.e.s à la capitation, selon des tarifs déterminés par les autorités publiques. Les usager.e.s sont inscrit.e.s auprès d'un seul cabinet de médecine générale qui constitue la première étape de tout parcours de soins et ne disposent donc que d'une liberté de choix limitée, même si elles ou ils peuvent changer de cabinet de référence. Par ailleurs, le financement public direct de l'activité médicale ouvre la voie à une certaine perméabilité de l'activité médicale aux directives publiques : les contrats de médecine générale qui lient les praticien.ne.s aux autorités publiques contiennent ainsi progressivement de plus en plus de précisions sur l'organisation et la délivrance des soins²³⁴.

À partir des années 1980, en Angleterre comme en France, la question de la régulation des coûts du système de santé devient centrale pour les acteurs politiques. Si la situation financière du NHS n'est pas comparable à celle de la sécurité sociale puisque le système n'est pas créateur de dette, les progrès techniques de la médecine curative et exploratoire ont une incidence sur les coûts moyens des soins et le système est confronté à d'importants dysfonctionnements en matière de listes d'attentes, notamment pour accéder au secteur hospitalier. Les gouvernements conservateurs imposent alors un certain nombre de réformes dont la mise en place se distingue fortement des politiques antérieures par l'absence totale de concertation avec les partenaires médicaux. Mais à la différence du plan Juppé, élaboré sans

²³⁴ Pour plus de précisions sur la régulation des soins primaires par le biais des contrats, se référer au à la deuxième partie de ce chapitre : II. La régulation des systèmes de soins : pouvoirs et responsabilités de l'État en France et en Angleterre

consultation des syndicats mais mis en échec par l'absence de mécanismes de contrôle, la mise en place du "quasi-marché" comme système d'allocation des ressources ne rencontre pas d'opposition médicale suffisamment puissante pour le remettre en question.

b. Le bras de fer des gouvernements conservateurs : une perte de pouvoir politique

L'arrivée au pouvoir du gouvernement conservateur en 1979 s'accompagne de réformes visant à réorganiser le NHS face à l'augmentation des coûts. Ces réformes s'inscrivent dans un contexte de réduction générale des investissements publics qui correspond à l'appréhension conservatrice du service public. Deux réformes d'envergure viennent modifier profondément le fonctionnement du NHS et la position des médecins dans son administration.

En 1984, suite au rapport Griffith de 1983, des mécanismes de management sont introduits dans le fonctionnement du NHS : des "chef.fe.s exécutifs.ves" viennent remplacer les conseils de consensus, qui comprenaient des membres de la profession médicale à chaque niveau de décision du système. Les managers sont tenu.e.s responsables, sur les plans légal et organisationnel, de la qualité des services et de l'efficacité budgétaire des établissements ou des zones sanitaires gérées. Cette responsabilité encourage le contrôle des médecins par les managers et le développement de la gouvernance clinique, pour assurer la réalisation d'objectifs de qualité et de performance sur la base desquels les organisations ou services sont évalués. La mise en place d'un système managérial s'accompagne en effet d'évaluations annuelles de chaque établissement à partir de 1982. En 1989, suite à la publication du rapport *Working for Patients*, une seconde réforme importante introduit des mécanismes de marché dans le fonctionnement du NHS, avec une séparation des fonctions d'achat et de fourniture des services de soins qui met les professionnel.le.s dans une situation de comparabilité, voire de compétition.

Ces réformes ont des conséquences organisationnelles qui diminuent encore l'autonomie et le pouvoir médical au sein du NHS. L'introduction du management donne une place décisive à des gestionnaires souvent non issu.e.s de la profession médicale, qui ont des pouvoirs décisionnels importants, qu'elles ou ils mobilisent d'autant plus qu'ils sont légalement responsables de la qualité des soins prodigués sous leur supervision. Le système du quasi-marché encourage la production de données d'activité et la transparence des pratiques gestionnaires et médicales. Les politiques de réduction des coûts donnent lieu à une régulation contractuelle : le nouveau contrat de médecine générale, qui entre en vigueur en 1990 malgré

l'opposition de la profession, décrit désormais de manière détaillée comment certains soins doivent être prodigués (Day et Klein, 1992).

Par ailleurs, les gouvernements conservateurs adoptent un mode opératoire qui exclut la profession médicale des processus décisionnels. Les organismes représentants ne sont consultés ni au préalable, ni au cours de l'élaboration et de l'application des réformes (Day et Klein, 1992 ; Ham, 2004 ; Giaimo, 2009). De plus, l'opposition vigoureuse manifestée notamment par la BMA (Day et Klein, 1992 ; Harrison et McDonald, 2007) est ignorée par les pouvoirs publics, et ce d'autant plus qu'une partie de la profession adhère sans difficulté à ces réformes (Harrison et Ahmad, 2000, 134). Cette absence de consultation et l'indifférence du gouvernement vis-à-vis de l'opposition exprimée par les organisations représentantes de la profession médicale témoignent ainsi d'une perte de pouvoir politique importante (Klein, 1995 ; Lee-Potter, 1997 ; Allsop, 2006), qui s'ajoute aux limites posées à l'autonomie clinique des médecins par les managers et les nouveaux contrats d'activité.

Les gouvernements conservateurs parviennent ainsi à imposer des modifications profondes du NHS à la profession médicale, une victoire qui doit être resituée dans le contexte des services publics britanniques. Dans la mesure où le NHS est directement financé par l'impôt, son coût pour la communauté est mis en regard de l'ensemble des dépenses publiques et est perçu comme devant être justifié par un usage efficace des ressources collectives qui lui sont dévolues (Harrison et McDonald, 2007, 90). Cette perception des médecins comme faisant usage de ressources publiques et devant rendre des comptes au public et à l'administration sur cette utilisation, est singulière à l'Angleterre : en France, alors que le financement de leur activité est majoritairement public et que leurs comportements contribuent à déterminer le niveau de dépenses du système de santé, les médecins ne sont pas perçus.e.s comme gestionnaires de ressources publiques.

Malgré le mécontentement des organismes représentant la profession médicale, les réformes sont donc acceptées par la profession. Si la mission des managers et les nouvelles formes de régulation sont d'abord accueillies avec méfiance par les médecins (Harrison et Lim, 2000), il apparaît qu'elles sont perçues comme légitimes (Harrison et McDonald, 2007, 91), et progressivement acceptées par la profession médicale (Harrison et Ahmad, 2000 ; Harrison et Dowswell, 2002), la perte de pouvoir occasionnée n'étant plus contestée sur le long terme.

Le système du "quasi-marché" mis en place par les gouvernements conservateurs est critiqué et partiellement abandonné par le New Labour, qui arrive au pouvoir en 1997 et instaure une troisième voie censée s'écarter du système centralisé des années 1970 et du

fonctionnement de marché des années 1990. Mais la perte de pouvoir occasionnée par ces réformes et par leur mode d'élaboration marque durablement la position des médecins dans le système de santé, et les nouvelles réformes amorcées au début des années 2000 ont elles aussi des conséquences restrictives sur l'autonomie professionnelle des médecins.

c. Le refinancement du New Labour : une perte de pouvoir clinique

La victoire électorale du parti néo-travailliste en 1997 annonce une nouvelle vague de réformes du NHS. Le New Labour reconnaît les mérites du système de marché interne, notamment en termes de responsabilisation des praticien.ne.s dont les performances étaient évaluées dans le cadre du marché, mais s'oppose à une fragmentation du système de soins. Par ailleurs, le NHS se distingue par son faible coût au niveau européen, mais aussi par ses piètres résultats, en termes de listes d'attentes, de réactivité du système à la demande, ou de statistiques de survie au cancer (Mason et Smith, 2006b). Le parti nouvellement élu élabore une stratégie de "troisième voie". Cette stratégie rejette la position de l'ancien parti travailliste (Old Labour), qui valorisait une gestion centralisée et hiérarchique du NHS, autant que la vision des conservateurs. Le NHS bénéficie alors d'un refinancement conséquent mais l'attribution de ces nouvelles ressources est conditionnelle. Le système doit désormais fonctionner sur des réseaux d'acteurs capables de répondre aux besoins locaux des territoires sanitaires, et qui doivent également se conformer à des standards de qualité et de sécurité définis au niveau national²³⁵.

Les réformes initiées par le New Labour impliquent, d'une part, l'attribution aux médecins de nouvelles responsabilités. L'organisation des soins primaires s'appuie dès lors sur une nouvelle unité géographique et organisationnelle, les Primary Care Groups, qui deviendront Primary Care Trusts (PCT) puis Clinical Commissioning Groups. Les PCT regroupent tous les acteurs de soins primaires d'un sous-ensemble géographique, qui sont tenu.e.s pour responsables de l'organisation de l'offre de soins. Les PCT doivent rendre des comptes aux autorités locales et publier un rapport d'activité à destination du public chaque année, notamment pour justifier leur utilisation des ressources collectives.

D'autre part, le fonctionnement du système réformé a pour conséquence un contrôle accru de l'activité clinique des soignant.e.s. Les pratiques médicales sont fortement encadrées afin de limiter leur variabilité nationale et de les faire correspondre aux standards élaborés par le nouveau *National Institute for health and Care Excellence* (NICE), un organisme indépendant

²³⁵Department of Health, *The new NHS : modern. dependable*, 1997

qui remplace les collèges royaux dans cette tâche²³⁶. Le contrôle de l'application des recommandations de bonnes pratiques passe notamment par de nouvelles modalités de rémunération des cabinets de médecine générale à travers le dispositif *Quality and Outcomes Framework* qui prévoit une importante part de rémunération à la performance²³⁷. Ce dispositif, ainsi que la publication des performances de chaque cabinet et de chaque PCT, renforcent les mécanismes de contrôle par les pairs. L'élaboration de standards et le contrôle de leur application témoignent de "la reconnaissance que l'autorégulation par les professions de santé n'était plus suffisante pour assurer le maintien de hauts standards de soins, et que de nouveaux mécanismes étaient nécessaires pour promouvoir la qualité au sein du NHS." (Ham, 2004, 59). Les pouvoirs des agences d'inspection et d'évaluation des établissements de soins sont également renforcés, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur ambulatoire²³⁸. Ces évolutions s'inscrivent dans la domination progressive du "nouveau management public" qui applique au secteur public les logiques de performance et d'évaluation initialement développées dans le secteur privé (Peters, 2014).

Les changements induits par ce nouveau système sont multiples (Le Galès, Scott et Jacobs, 2010). Il a en tout cas pour conséquence une intervention publique accrue dans l'évaluation et la rémunération des performances cliniques des médecins. La profession médicale dans son ensemble ne s'oppose pas à ces réformes lorsqu'elles sont proposées et mises en place (Harrison et Ahmad, 2000). La fin des années 1990 et le début des années 2000 sont marqués par une série de scandales sanitaires²³⁹ qui exposent des pratiques médicales dangereuses et peu contrôlées, ce qui alimente un climat favorable à une plus forte régulation professionnelle. Au-delà de ces éléments contextuels, il apparaît que la profession médicale britannique est désormais peu réactive face aux propositions de réformes et tend à se montrer coopérative (Laplace, Kamendje, Nizard, Coz, *et al.*, 2002), une attitude qui apparaît résulter

²³⁶Department of Health, *A first class service: Quality in the new NHS*, 1998

²³⁷ Cf. Chapitre 7, II. 2. a. Le Quality and Outcomes Framework : la régulation des pratiques par le paiement à la performance

²³⁸La *Commission for Health Improvement* est chargée à partir de 1999 d'inspecter tous les quatre ans l'ensemble des hôpitaux et centres de soins et d'opérer des visites non planifiées en cas de doute sur la qualité et la sécurité des soins. Les évaluations donnent lieu à l'attribution de notes publiques. Depuis 2013, les cabinets de médecine générale sont aussi évalués selon le même dispositif.

²³⁹Secretary of State for Health, *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 -1995*, 2001 ; The House of Commons, *The Royal Liverpool Children's Inquiry*, 2001 ; Her Majesty Stationary Office, *Death Disguised*, 2002 ; *The Police Investigation of March 1998*, 2003 ; *Death Certification and the Investigation of Deaths by Coroners*, 2003 ; *The Regulation of Controlled Drugs in the Community*, 2004 ; *Safeguarding Patients: Lessons from the Past - Proposals for the Future*, 2004 ; *Shipman: The Final Report*, 2005

de la défaite politique des années 1980 et 1990 et d'une progressive acceptation d'une forme de responsabilité vis-à-vis du service public auquel les praticien.ne.s participent.

L'histoire de la création et de l'évolution du NHS met en lumière un rapport de pouvoirs entre l'État et la profession médicale différent de celui perceptible en France. La collaboration entre les pouvoirs publics et les praticien.ne.s, engagée dès l'attribution du monopole médical aux médecins, s'est renforcée tout au long du XXe siècle et la création du NHS ne constitue qu'une étape dans un processus continu d'étatisation de la médecine et d'érosion du pouvoir médical. La situation britannique semble caractérisée par une profession médicale moins puissante politiquement que son homologue française, mais surtout moins attachée à une identité libérale opposée à toute intervention étatique. La création du NHS inscrit durablement l'activité médicale dans le cadre d'un service public, ce qui implique l'acceptation d'un nombre croissant de limitations à l'autonomie des praticien.ne.s, alors qu'en France la médecine libérale demeure très autonome.

Les choix politiques entourant la naissance puis l'évolution des deux systèmes de soins renvoient ainsi à des appréhensions contrastées de la responsabilité des pouvoirs publics d'une part, et de la profession médicale d'autre part, en matière d'offre de soins. Les pouvoirs publics britanniques se sont investis dès la création du NHS dans la délivrance des soins et ont développé plusieurs outils de régulation de cette offre, et notamment *via* la rémunération des professionnel.le.s et le pilotage au niveau local des soins primaires. En France, les pouvoirs publics ont traditionnellement confié la gestion de l'offre médicale aux professionnel.le.s de santé, et ont autorisé la protection des principes de la médecine libérale. Les tentatives de régulation motivées par la situation financière du système se sont par la suite heurtées à cette indépendance protégée des acteurs de soins et au manque d'outils publics de pilotage et d'orientation. Ainsi, l'histoire des relations entre l'État et la profession médicale dans chaque pays peut permettre d'éclairer les choix politiques qui structurent les systèmes actuels de santé, et notamment les différences qui caractérisent l'Angleterre et la France en matière de responsabilité publique.

II. La régulation des systèmes de soins : pouvoirs et responsabilités de l'État en France et en Angleterre

Les traditions de coopération entre l'État et la profession médicale, et les choix politiques qui ont été négociés dans chaque pays concernant les systèmes sanitaires nationaux, ont une influence durable sur l'organisation de l'offre de soins. Les structures actuelles de la

gouvernance du NHS et de l'Assurance Maladie reflètent ainsi des traditions politiques nationales mais aussi des appréhensions nationalement différenciées de ce que doit être un système public solidaire en matière de soins. Les pouvoirs publics s'impliquent différemment dans cette gouvernance, en fonction des cultures et traditions nationales, mais aussi en fonction des outils de régulation à leur disposition, outils eux-mêmes hérités de l'histoire des rapports entre l'État et la profession médicale.

S'intéresser à l'organisation actuelle de l'offre de soins dans chaque pays permet ainsi d'appréhender le degré de responsabilité endossé par l'État concernant l'offre sanitaire proposée aux citoyen.ne.s qui la financent. Les choix politiques régissant le fonctionnement du NHS d'une part, et de l'Assurance Maladie d'autre part, ont des conséquences concrètes sur les capacités de régulation des pouvoirs publics, et sur la répartition des pouvoirs et des responsabilités au sein des systèmes. Cette analyse permet de caractériser les environnements politiques et normatifs dans lesquels les médecins exercent leur activité de soins. Le NHS constitue un service public au sein duquel les soignant.e.s sont considéré.e.s comme des fonctionnaires en charge de l'application de politiques publiques sanitaires pilotées par le Ministère de la Santé. Son organisation prévoit un grand nombre de mécanismes de régulation, permettant aux pouvoirs publics d'orienter l'offre de soins en fonction des besoins évalués au niveau national. À l'inverse, la gouvernance fragmentée de l'Assurance Maladie laisse des marges de manœuvre importantes aux médecins, et les tentatives de régulation publique, essentiellement orientées vers des économies budgétaires, se heurtent à l'autonomie des acteurs.

Au-delà des conséquences concrètes de ces équilibres de pouvoirs sur l'offre de soins, ces différences soulignent une répartition des responsabilités spécifique à chaque contexte national. En Angleterre, le Ministère de la Santé endosse la responsabilité de la performance du système, et de son équité, dans un contexte où l'égal accès de tou.te.s les citoyen.ne.s au même niveau de prestations médicales est considéré comme un principe fondateur du NHS. En France, cette responsabilité se divise entre plusieurs acteurs, de l'État aux soignant.e.s individuel.le.s, en passant par les caisses d'assurance maladie et les syndicats médicaux. Les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie ne disposent pas des outils de régulation aux mains des autorités anglaises, et l'autonomie accordée aux soignant.e.s, notamment du fait de la prégnance de la médecine libérale en soins ambulatoires, ne permet pas de pilotage national de l'offre de soins dans ce secteur. Cette situation héritée des relations entre l'État et la profession médicale, traduit également une responsabilisation moindre de l'État vis-à-vis des performances et de l'équité du système de soins.

Nous abordons ces aspects organisationnels à travers deux exemples se situant dans le domaine des soins ambulatoires, puisque c'est majoritairement en soins primaires que se déroule la prescription contraceptive : celui de la rémunération des médecins d'une part, et celui de la régulation publique des soins ambulatoires d'autre part. Ils permettent d'illustrer à la fois la répartition des responsabilités politiques et sanitaires dans chaque pays, et ses traductions concrètes en matière de soins.

1. Les modalités de rémunération des médecins : l'accessibilité et la qualité des soins en question

Le retour sur l'histoire de la mise en place des systèmes nationaux de santé a mis en avant des orientations politiques très différentes en matière de rémunération des soignant.e.s. En Angleterre, les médecins ont perdu leur autonomie économique dès 1948, en devenant soit fonctionnaires dans les hôpitaux du NHS, soit contractuel.le.s dans le domaine des soins primaires. Les professionnel.le.s de santé sont ainsi rémunéré.e.s par les pouvoirs publics, selon des modalités qui évoluent périodiquement, en fonction des choix politiques en matière de santé. Cette organisation met à disposition des autorités sanitaires un outil direct de régulation et d'influence de l'offre de soins. En France, la protection conférée aux principes de la médecine libérale a eu pour conséquence le maintien d'un système de paiement à l'acte : les pouvoirs publics n'interviennent que dans le remboursement auprès des assuré.e.s, par l'intermédiaire des caisses d'assurance maladie, dans le domaine des soins primaires. Ce système ne permet pas de pilotage de l'offre de soins à travers son financement : d'une part, la détermination du niveau de dépenses n'appartient pas aux pouvoirs publics mais aux soignant.e.s et aux usager.e.s. D'autre part, les autorités publiques ne peuvent se servir de la rémunération pour influencer les pratiques des soignant.e.s. Ces approches nationales de la rémunération des médecins traduisent ainsi des perspectives très différentes du fonctionnement optimal d'un système national de santé.

a. Un outil de politique publique au sein du NHS

Le système national mis en place en Angleterre transforme la santé en service public. Presque entièrement financés par l'impôt, les soins sont accessibles à tou.te.s les citoyen.ne.s gratuitement, et les médecins deviennent agents d'un service public, qu'il s'agisse des hôpitaux ou des soins primaires. Le budget national dévolu au NHS fait l'objet d'un vote parlementaire, et est ensuite réparti entre les différents secteurs sanitaires. Le niveau de dépenses est donc déterminé *a priori*, et les professionnel.le.s doivent composer avec ces budgets. Le fonctionnement du NHS implique une forte régulation de l'activité médicale qui

perd ses aspects commerciaux : à la différence de la France, les médecins ne fixent pas librement leurs tarifs, ne perçoivent pas d'honoraires par leurs patient.e.s ou en fonction du nombre d'actes et de consultations réalisées, mais assurent une mission publique médicale principalement rémunérée au forfait.

Le fonctionnement du NHS est basé sur un lien contractuel entre les autorités de santé (d'abord autorités locales, puis PCT, et actuellement *NHS England*) et les médecins, qui permet de poser un certain nombre de conditions à l'obtention de la rémunération professionnelle. La manière dont la rémunération est construite et les variations du modèle au cours des années montrent l'utilité du système pour orienter les pratiques professionnelles et valoriser certains actes ou parcours de soins.

Au sein du NHS, la majorité des professionnel.le.s de santé sont salarié.e.s : tous les personnels hospitaliers, y compris les spécialistes, mais aussi les infirmier.e.s et les employé.e.s administratifs des centres de santé et des PCT sont rémunéré.e.s sous ce régime. Les médecins généralistes bénéficient depuis la création du NHS d'un régime de rémunération spécifique par contrat²⁴⁰, qui sert à financer le fonctionnement du cabinet et les salaires de l'ensemble du personnel (médecins, infirmier.e.s, technicien.ne.s). Le calcul de cette rémunération est principalement basé sur le nombre d'usager.e.s inscrit.e.s auprès d'un cabinet. Depuis 2004, il s'appuie sur une grille de pondération qui permet de prendre en compte l'âge, le sexe de chaque patient.e suivi.e, mais aussi les particularités de la population rattachée au cabinet : les taux de morbidité et de mortalité de la région, mais aussi son niveau de vie, ou encore la distance entre le cabinet et le domicile des usager.e.s sont des éléments inclus dans ce calcul. Le système comprend également des éléments de paiement à l'acte pour les actes que les pouvoirs publics veulent encourager : introduits à partir des années 1990 pour encourager des pratiques préventives (vaccins, dépistage), ils rémunèrent à partir du contrat de médecine général de 2004, des services particuliers (*enhanced services*), par exemple les petites chirurgies, le suivi de grossesses, la pose de dispositifs intra-utérins, les traitements en addictologie ou le dépistages des maladies sexuellement transmissibles. Ces rémunérations à l'acte visent à accroître le transfert de certains soins traditionnellement dispensés en hôpital vers les cabinets de soins primaires, afin de limiter leurs coûts, d'augmenter leur accessibilité et de réduire les listes d'attentes. La valorisation financière de ces actes permet de compenser l'investissement temporel supérieur qu'ils supposent. La rémunération peut aussi inclure des services additionnels optionnels pour chaque cabinet

²⁴⁰ Actuellement, 40 % des cabinets ont signé un contrat auprès de leur PCT, et 60 % directement auprès de NHS England.

comme la vaccination, les frottis cervicaux ou le suivi contraceptif. Là aussi, le calcul se fonde sur le nombre d'usager.e.s bénéficiant de ces services à l'année. Enfin, le contrat de 2004 accorde une part importante au paiement à la performance, avec la mise en place du *Quality and Outcomes Framework*. À partir d'une centaine d'indicateurs, la rémunération d'un cabinet dépend directement de son efficacité administrative, de la satisfaction des usager.e.s, de l'application des recommandations cliniques et des résultats sanitaires des traitements fournis. Le paiement à la performance représente environ 20 % du revenu de chaque cabinet (Bras et Duhamel, 2010).

Le financement des soins primaires comprend donc de nombreux mécanismes d'orientation de l'offre de soins. Sur le plan clinique, le paiement à la performance, mais aussi les modes de rémunérations spécifiques (à l'acte ou de manière forfaitaire pour des services particuliers) encouragent financièrement des pratiques de prévention et en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques, selon les souhaits des autorités sanitaires nationales ou locales. Ces éléments de pilotage portent également sur l'organisation de l'offre de soins. À titre d'exemple, la création de cabinets collectifs a été encouragée financièrement à partir des années 1950, car elle était jugée plus efficace pour une prise en charge complète des usager.e.s. De même la constitution d'équipes de soins primaires au sein de ces cabinets collectifs, permettant de mobiliser des infirmier.e.s, a été soutenue financièrement, par exemple *via* la prise en charge partielle ou totale de leurs salaires. Les infirmier.e.s prennent notamment en charge les consultations de suivi ou d'éducation thérapeutique (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2008), ce qui permet de libérer du temps de travail aux médecins. En 2009, 92 % des médecins généralistes exercent en cabinet de groupe (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009), selon des logiques de coopération accrue entre professions soignantes et techniciennes²⁴¹. Le paiement à la performance instauré en 2004 prévoit également une rémunération dédiée à la prise en compte de la satisfaction des usager.e.s²⁴². La signature régulière de contrats de médecine générale entre les médecins et les groupements de soins primaires ou les structures nationales comme *NHS England* permet de réévaluer périodiquement les modalités de collaboration et de définir des orientations stratégiques que les professionnel.le.s de santé sont financièrement encouragé.e.s à respecter.

²⁴¹ En moyenne, les cabinets de médecine générale rassemblent 24 personnes qui se répartissent entre cinq types de fonctions et statuts : les médecins représentent environ 20 % des effectifs, les infirmier.e.s aussi, quand plus de 45 % du personnel occupent des fonctions administratives (secrétariat, gestion, informatique) (Sibbald, 2010, 37).

²⁴² Cf. Chapitre 7, II. 2. a. Le *Quality and Outcomes Framework* : la régulation des pratiques par le paiement à la performance

Les modalités de rémunération des soignant.e.s en Angleterre constituent donc un outil d'orientation et de pilotage de l'offre de soins, tant en matière de soins cliniques que d'organisation. Nous verrons que l'outil conventionnel français n'est pas mobilisé de cette manière.

Par ailleurs, le système autorise une maîtrise budgétaire qui se distingue de la situation française. Dans la mesure où le budget est voté au préalable et où les prestataires sont responsabilisé.e.s pour le respect des enveloppes qui leur sont allouées, le NHS ne souffre pas d'endettement²⁴³. La première année du lancement du paiement à la performance représente une exception notable : les médecins généralistes ont atteint 92 % des objectifs du dispositif au lieu des 75 % prévisionnels, ce qui a occasionné un surcroît de dépenses de 400 millions de livres (Bernstein, 2008). Au sein de ce système, la participation individuelle des usager.e.s ne représente qu'une part marginale des ressources. Le ticket modérateur est très faible et concerne la prescription de certains médicaments : les usager.e.s doivent s'acquitter d'un prix forfaitaire pour obtenir leurs prescriptions. Ce système comprend de nombreux cas d'exonération, en fonction du lieu de soins (les médicaments administrés sur site sont exonérés), de la situation personnelle (en cas de grossesse et pour les usager.e.s âgé.e.s de plus de 60 ans ou de moins de 16 ans), médicale (cancer, maladie chronique) ou économique des usager.e.s (chômage, faibles revenus) ou encore selon les catégories de médicaments, la contraception était par exemple exempte de ces charges de prescription. Elles permettent à 80 % de la population d'obtenir leurs médicaments gratuitement (Laplace, Kamendje, Nizard, Coz et Chaperon, 2002, 50). En 2004, la participation des usager.e.s représentait 1,3 % des ressources du NHS, soins dentaires compris (Mason et Smith, 2006a, 267), contre 8,5 % en France, s'élevant à 12,3 % pour les soins ambulatoires (Dormont, 2009, 13). Le système ne nécessite pas de mutuelle individuelle. Il faut cependant prendre en compte la part des soins réalisée dans le secteur privée : 12 % de la population britannique a une assurance privée (Mason et Smith, 2006a), mais ces assurances sont généralement utilisées de manière sélective pour des opérations chirurgicales non-urgentes par exemple, le reste du parcours de soins se déroulant dans le secteur public (Coulter, Edwards, Elwyn et Thomson, 2011)²⁴⁴.

²⁴³ La demande croissante de soins, notamment liée au vieillissement de la population, ainsi que les réductions budgétaires votées par le gouvernement de coalition semblent cependant perturber l'équilibre financier du NHS, qui se confronte à des déficits chroniques depuis 2014 (Phoebe Dunn, Helen McKenna, Richard Murray, "Deficits in the NHS 2016", *The King's Fund*, 2016)

²⁴⁴ 15 % des chirurgies non urgentes sont réalisées dans le secteur privé, en général pour éviter des listes d'attentes trop longues (Williams, Whatmough, McGill et Rushton, 2000).

Ce report minoritaire vers le secteur privé souligne l'existence de dysfonctionnements dans l'accès à certains types de soins. En effet, la détermination préalable des budgets fait dépendre la qualité et l'accessibilité des soins des choix des responsables politiques. Historiquement, la faiblesse des capacités de négociations du ministère de la santé (Webster, 2002), ou encore les périodes de gouvernements conservateurs se sont traduites par un sous-financement qui a eu des conséquences négatives en termes d'accès aux soins (King et Maynard, 1999), par exemple concernant les délais d'attente pour certaines opérations chirurgicales²⁴⁵. Si le NHS n'est traditionnellement pas générateur de dettes, la solvabilité financière du système a pour conséquence que les variables d'ajustement se situent du côté de l'offre de soins. Ainsi, si le NHS est classé parmi les meilleurs systèmes de santé occidentaux en termes de performance globale et de satisfaction des usager.e.s, le champ du cancer demeure une exception, avec des délais de dépistage (Richards, 2009) et de prise en charge supérieurs aux autres pays de l'OCDE (Gürsoy, 2015). Les difficultés budgétaires récentes auxquelles le NHS est confronté²⁴⁶ pourraient accentuer les problèmes rencontrés dans ces domaines spécifiques, voire les étendre à d'autres champs sanitaires.

En tout état de cause, le système de rémunération choisi en Angleterre montre un équilibre de pouvoirs entre État et profession médicale qui permet aux pouvoirs publics de fortement influencer l'organisation de l'offre de soins. Le système de santé britannique est un service public, dont les orientations sont élaborées au sein d'organismes publics et appliquées par des médecins agents de ce service, qui doivent rendre des comptes sur la manière dont elles et ils utilisent le budget collectif et sur la qualité de leurs pratiques. Ce mode de fonctionnement se distingue nettement des choix organisationnels qui caractérisent le système français.

b. Le paiement à l'acte français : la protection de l'autonomie professionnelle

Appartenant aux cinq principes de la médecine libérale adoptés en 1927, et inscrit dans le Code de la Sécurité Sociale depuis 1971, le paiement à l'acte est le mode de rémunération majoritaire des médecins français.es travaillant en libéral, soit 59 % de la profession (Samson, 2009, 144). Le principe du paiement à l'acte est que chaque consultation et chaque acte médical font l'objet d'une rémunération directe ou indirecte du médecin par l'usager.e. Ce mode de rémunération est défendu comme garant de la qualité des soins par la profession médicale (Jaunait, 2005 ; Batifoulier, 2013), au même titre que l'ensemble des principes de la

²⁴⁵ C Richmond, « NHS waiting list have been a boon for private medicine in the UK. », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 3, p. 378-381, 1996.

²⁴⁶ Phoebe Dunn, Helen McKenna, Richard Murray, "Deficits in the NHS 2016", *The King's Fund*, 2016

charte de la médecine libérale de 1927 (Hassenteufel, 2008)²⁴⁷. Ses partisans attribuent au paiement à l'acte une indépendance vis-à-vis des enjeux financiers, par opposition à une logique économique qui nuirait à une prise en charge désintéressée et adaptée aux usager.e.s (Batifoulier, 2013 ; Dormont, 2013). Mais le lien entre le paiement à l'acte et la qualité des soins n'est pas si évident. D'une part, le paiement à l'acte a pour conséquence que "*l'acte marginal supplémentaire accroît toujours le profit monétaire du médecin*". (Grignon, Paris et Polton, 2002, v). Le lien direct entre les comportements médicaux et le niveau de revenu des praticien.ne.s constitue un biais potentiel à une détermination uniquement thérapeutique des actes nécessaires. Les études comparatives entre les différents modes de rémunération de l'activité médicale soulignent le caractère incitatif et les conséquences en termes de demande induite du paiement à l'acte (Delattre et Dormont, 2003 ; Barnay, Hartmann et Ulmann, 2007). À titre d'exemple, plusieurs études ont montré que la quantité d'actes et de consultations sert de variable d'ajustement des revenus médicaux dans des situations de forte concurrence ou lorsque les tarifs sont régulés (Rochaix, 2004 ; Samson, 2009 ; Albouy et Déprez, 2009), ce qui laisse supposer que ce volume n'est pas uniquement déterminé par les besoins médicaux des usager.e.s.

De plus, en France, la nomenclature des actes sur la base de laquelle les paiements sont réalisés accorde une place négligeable aux actes de prévention, plus valorisés par les systèmes de rémunération salariée ou par capitation (Rochaix, 2004 ; Bras, 2011), ce qui a tendance à orienter le système vers une activité essentiellement curative (Pelletier-Fleury, Vaillant, Hebbrecht et Boissault, 2007), potentiellement dommageable pour la santé des usager.e.s et pour la soutenabilité financière de la prise en charge publique des soins.

Au-delà de ses conséquences sur la qualité des soins, le paiement à l'acte tel qu'il est organisé en France a également un impact sur les capacités de régulation des pouvoirs publics sur l'offre sanitaire. Dans la mesure où la rémunération des médecins est indépendante des politiques publiques de santé, elle ne peut pas constituer un outil d'orientation des pratiques comme en Angleterre, par exemple pour valoriser des actes de prévention ou des pratiques en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques. La prescription médicamenteuse est un exemple parmi d'autres de la résistance des pratiques médicales françaises aux tentatives d'influence publique. Les pratiques de prescription françaises sont caractérisées, dans le contexte européen, par une surprescription globale : les médecins français.es prescrivent plus souvent, en plus grande quantité, et en plus grande diversité que leurs

²⁴⁷ Patrick Hassenteufel, "La défense de la médecine libérale", *La vie des idées*, 2015

homologues européens, et favorisent plus souvent des médicaments coûteux, même lorsqu'ils ne présentent pas d'avantage particulier²⁴⁸. Ces comportements professionnels s'inscrivent dans un contexte culturel qui valorise la prescription, qui peut servir d'outil de fidélisation de la patientèle en médecine libérale (Rochaix, 2004, 13 ; Rosman, 2010), et qui compense également le manque de connaissances ou aide à gérer l'incertitude médicale (Vega, 2012). Plusieurs dispositifs ont cherché à limiter les dépenses médicamenteuses, par exemple en encourageant la prescription de médicaments génériques. La revalorisation de la consultation de médecine générale à 20 euros en 2002 était censée être la contrepartie d'un engagement à prescrire au moins 25 % de médicaments génériques. Cet engagement n'a pas été respecté sans que cela ne fasse l'objet d'une remise en question de cette revalorisation tarifaire (Bras, 2008, 54). La part croissante des dépassements d'honoraires dans la rémunération des médecins tend également à priver "*les revalorisations tarifaires de leur vertu incitative*" (Batifoulier, 2013, 212) : il est de plus en plus difficile pour les pouvoirs publics d'obtenir une inflexion des comportements de soins en contrepartie d'une hausse des tarifs opposables, puisque ces tarifs déterminent de moins en moins le revenu effectif des soignants. Les modes de rémunération alternatifs qui émergent depuis 2009, notamment le paiement à la performance, sont optionnels et représentent une part trop limitée du revenu total des médecins pour conférer aux autorités publiques une véritable capacité de régulation²⁴⁹. Contrairement aux contrats de médecine générale en Angleterre, le conventionnement des médecins français n'est pas appréhendé comme un outil de négociation : on pourrait imaginer que les professionnels ne respectant pas les pratiques négociées entre les syndicats et les caisses d'assurance maladie pourraient se voir refuser le financement de leur activité par les cotisations sociales, mais les médecins bénéficient automatiquement de ce droit dès lors qu'ils et elles détiennent un diplôme de médecine²⁵⁰.

La domination du paiement à l'acte dans le secteur ambulatoire a également des conséquences sur l'organisation de l'offre de soins. Les autorités sanitaires cherchent depuis une dizaine d'années à encourager la mise en place d'équipe de soins primaires, par exemple dans les maisons de santé, afin de mutualiser les compétences et de mobiliser les infirmiers sur des tâches comme l'éducation thérapeutique ou les consultations de suivi pour les maladies chroniques (Bras, 2011). Mais le mode de rémunération des médecins constitue un obstacle à

²⁴⁸ Cour des comptes, *La Sécurité Sociale*, 2005, pp. 157-158

²⁴⁹ Cf. Chapitre 7, II. 2. b. Le contrôle de l'application des recommandations en France : des dispositifs limités et peu contraignants

²⁵⁰ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2014, p. 239

ce type de coopération, qui représente une perte potentielle de revenus. Les activités de coordination, de gestion en équipe des besoins médicaux ou encore d'éducation thérapeutique ont traditionnellement été exclues de la nomenclature des actes rémunérés²⁵¹ (Franc, Renard, Vaillant et Pelletier-Fleury, 2009), et les actes simples qui pourraient être délégués à d'autres professions soignantes sont une source de revenus non négligeable pour les médecins. Le système du paiement à l'acte met ainsi les soignant.e.s en concurrence et il est difficile pour les autorités sanitaires d'impulser des dynamiques collaboratives auxquelles les médecins n'adhèreraient pas (Bras, 2011). La majorité des médecins exerçant en libéral travaillent ainsi de manière isolée (Hartmann, Ulmann et Rochaix, 2006), ce qui implique qu'elles et ils gèrent seul.e.s l'ensemble des pathologies qu'ils ou elles peuvent rencontrer, la mise à jour des connaissances, les actions de prévention et de santé publique, voire parfois la gestion administrative du cabinet²⁵². La prise en charge des usager.e.s souffrant de maladies chroniques (Schoen, Osborn, How, Doty, *et al.*, 2009), mais aussi le coût des soins (Sibbald, 2010 ; Bras, 2011) et la charge de travail des médecins en pâtissent (Lapeyre et Robelet, 2007)²⁵³.

Par ailleurs, le paiement à l'acte a un impact important sur les capacités de gestion budgétaire du système. Il empêche toute forme de planification, puisque le volume des actes et des consultations est laissé à l'appréciation de chaque professionnel.le, et n'est pas soumis à un budget fixé *a priori* et indépassable. Contrairement à la situation britannique, le dépassement des budgets prévisionnels, généralement trop peu détaillés pour que les praticien.ne.s puissent s'y référer individuellement, ne constitue pas un comportement susceptible de porter préjudice à la suite de la carrière des professionnel.le.s (Mason et Smith, 2006a). Les soignant.e.s ne sont pas responsabilisé.e.s individuellement pour l'usage qu'elles

²⁵¹ Depuis le 27 février 2015, les « nouveaux modes de rémunération » permettent aux praticien.ne.s qui exercent en structures pluri-professionnelles (maison de santé, pôle de santé) de percevoir une rémunération pour leurs activités de coordination. Les médecins qui choisissent d'exercer dans ces structures sont cependant encore très minoritaires.

²⁵² Une augmentation graduelle de l'exercice groupé est constatée depuis quelques années, en lien avec la féminisation de la profession et les aspirations des médecins les plus jeunes à une plus grande souplesse en termes d'horaires et à un exercice plus collégial. Les cabinets de groupe ne représentent cependant que 39 % des cabinets de médecine générale. Au sein des cabinets collectifs français, la logique individuelle prévaut, notamment dans le cadre du respect du secret médical et de la non-communication des dossiers entre médecins (Hartmann, Ulmann et Rochaix, 2006a ; Barnay, Hartmann et Ulmann, 2007). Le CNOM proscrit la circulation des informations et des usager.e.s entre les membres d'un même cabinet, voire l'attribution individuelle des lieux d'exercice (Article 93 de Code de Déontologie). Il s'agit donc généralement plus de pratiques juxtaposées dans un espace commun que de véritables collaborations entre les différents médecins, à la différence de l'Angleterre, où au sein d'un cabinet les médecins se répartissent des spécialisations, mais aussi des fonctions managériales (par exemple la diffusion ou le contrôle de l'application des recommandations cliniques).

²⁵³ Pascal Cathébras, Aurélie Begon, Sylvie Laporte, Christophe Bois, Didier Truchot, "Épuisement professionnel chez les médecins généralistes", *La Presse Médicale*, Vol. 33, n°22, 2004, pp. 1569-1574

et ils font des fonds publics, et les tentatives d'inflexion du volume de dépenses globales en direction du secteur ambulatoire se sont toutes heurtées à une opposition très forte des syndicats médicaux²⁵⁴ (Bras, 2008 ; Hassenteufel, 2008 ; Tabuteau, 2011). Or le système de santé français est chroniquement déficitaire (Cornilleau et Debrand, 2011) : "*Une part majoritaire de la dette sociale provient de l'assurance maladie. Jusqu'en 2011 inclus, les déficits cumulés de la seule branche maladie représentent 60% des dettes du régime général et du fonds spécial vieillesse (FSV).*" (Migaud, Tabuteau et Riboulet, 2013, 86). Le volume de dépenses lié à l'Assurance Maladie est le résultat de phénomènes complexes mêlant pratiques prescriptives, comportements des usager.e.s, recours à la médecine spécialisée et aux hôpitaux, vieillissement de la population, augmentation de la part d'affections longue durée, augmentation du coût des traitements et des techniques, etc. Mais les pouvoirs publics ne parviennent pas à influencer sur la part de ce volume en lien avec les comportements professionnels, par exemple en favorisant la prescription de médicaments génériques ou en contrôlant le recours aux soins spécialisés, car ils ne disposent pas ou ne font pas usage d'outils de régulation, et de sanction, performants²⁵⁵ (Hassenteufel et Palier, 2005 ; Bras, 2008 ; Tabuteau, 2011 ; Bras, 2015). Les échecs de régulation de l'activité médicale se traduisent par un report vers les usager.e.s, qui doivent supporter une part croissante des coûts du système à travers l'introduction de forfaits et de tickets modérateurs de plus en plus importants, et le transfert du remboursement sur les assurances complémentaires²⁵⁶. Dans le domaine des soins primaires, les assurances complémentaires prennent en charge 20,5 % des dépenses (Dormont, 2009, 14). En ce qui concerne le coût des soins pour les usager.e.s, les contrastes entre les systèmes français et anglais apparaissent ainsi particulièrement marqués: à la gratuité totale des soins pour les usager.e.s britanniques s'oppose un système qui autorise les dépassements d'honoraires, et qui prévoit des tickets modérateurs, et des mutuelles financées par les usager.e.s en France. Cette répartition des coûts a des conséquences en termes d'accessibilité des soins : le recours à ces assurances complémentaires représente parfois un investissement trop important pour les usager.e.s et notamment ceux qui ne sont pas éligibles à la Couverture Maladie Universelle (CMU)²⁵⁷. Si 7 % de la population française

²⁵⁴ Patrick Hassenteufel, "La défense de la médecine libérale", *La vie des idées*, 2015

²⁵⁵ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2014

²⁵⁶ La France représente ainsi une exception parmi les pays assurant une protection sanitaire publique en transférant à des assurances privées non obligatoires la charge d'assurer un remboursement du panier de soins primaires minimal (Dormont, 2009).

²⁵⁷ Cf. Chapitre 6, II. 2. b.L'exemple des inégalités sociales de santé : responsabilité publique ou individuelle ?

ne disposent d'aucune assurance complémentaire en 2006, ce taux atteint 14 % pour les ménages dont le revenu est inférieur à 8000 euros par mois (Kambia-Chopin, Perronnin, Pierre et Rochereau, 2008, 2-3). Ce transfert des coûts au niveau individuel a pour conséquence des renoncements aux soins multiples, en particulier dans les catégories de population les moins favorisées économiquement (Despres, Dourgnon, Fantin et Jusot, 2011 ; Dourgnon, Jusot et Fantin, 2012 ; Chaupain-Guillot, Guillot et Jankeliowitch-Laval, 2014). En 2013, entre 20 et 35 % de la population d'enquête interrogée par la DRESS déclare avoir renoncé à des soins dans les douze derniers mois pour des raisons financières²⁵⁸.

Par ailleurs, ce transfert progressif d'une partie du coût des soins sur les usager.es s'accompagne d'une rhétorique de "responsabilisation des usager.e.s", appuyée sur l'idée que les comportements de consommation de soins au niveau individuel ne sont pas raisonnables (Tabuteau, 2011). Cela signifie d'une part, qu'"*En France, l'injonction d'efficacité s'adresse aux assurés sociaux, pas aux fournisseurs de soins*" (Dormont, 2009, 22), alors même que la majorité des prescriptions sont déterminées par les médecins et non par les usager.e.s, et d'autre part que les responsables politiques favorisent la préservation des prérogatives professionnelles au détriment du principe de solidarité nationale au fondement de l'Assurance Maladie (Batifoulier, 2013).

Les politiques publiques françaises en matière de gestion financière du système de santé reflètent ainsi à la fois le rapport de pouvoir entre État et profession médicale, qui mène à la préservation des principes de la médecine libérale indépendamment de leurs effets sur le système, et les conséquences de ces rapports de pouvoir pour les usager.e.s. En comparaison avec le contexte britannique, les pouvoirs publics français endossent moins de responsabilité en matière d'organisation et d'accessibilité des soins, et ne se saisissent pas de l'outil conventionnel pour adapter l'offre aux besoins des usager.e.s et du système. Ces modes d'organisation de l'offre de soins ont des conséquences sur les modalités d'accès à la contraception dans les deux pays.

c. Les conséquences pour la contraception

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les systèmes britanniques et français organisent l'accès à la contraception de manière contrastée. En Angleterre, cet accès est entièrement gratuit et assuré par une diversité de professionnel.le.s, dont des infirmier.e.s, ce qui permet de limiter les coûts du service. En France, la contraception est majoritairement

²⁵⁸ Renaud Legal, Augustin Vicard, "Renoncement aux soins pour raisons financières", DRESS, *Dossiers Solidarité Santé*, n°66, 2015

prescrite par des médecins, les sages-femmes ayant récemment été autorisées à assurer un suivi contraceptif global²⁵⁹. Plus de 60% des femmes sont suivies par des gynécologues, une spécialité qui se situe parmi les plus chères : la gynécologie est l'une des spécialités qui recourt le plus au secteur 2. Les taux de dépassement pratiqués sont de plus supérieurs à la moyenne de l'ensemble des dépassements²⁶⁰. L'existence du secteur 2 et le monopole prescriptif accordé aux praticien.ne.s français.es peut ainsi potentiellement avoir un impact négatif sur l'accessibilité financière de la consultation contraceptive.

Par ailleurs le mode de rémunération induit des différences significatives entre les différentes méthodes de contraception en France, en termes de conséquences financières pour les praticien.ne.s qui les prescrivent. Les contraceptions nécessitant des renouvellements de prescription représentent une garantie de consultations rémunératrices régulières. Le système du paiement à l'acte constitue ainsi un élément potentiellement éclairant de la centralité de la pilule dans le paysage contraceptif français, et ce d'autant plus que la contraception représente le cœur d'activité d'une spécialité médicale. Les gynécologues médicaux semblent particulièrement enclin.e.s à la prescription de traitements hormonaux, qu'il s'agisse de pilules contraceptives ou de traitements hormonaux substitutifs pour la ménopause (Delanoë, 1998), un attachement appuyé sur des représentations particulières de ce que serait un corps féminin sain, mais qui légitime également l'existence d'une spécialité menacée institutionnellement, et contribue très fortement à leurs revenus (Guyard, 2008). Au sein du système français, les méthodes long cours sont moins lucratives que les pilules contraceptives, puisqu'elles nécessitent des consultations moins régulières.

La recommandation des options contraceptives qui ne nécessitent pas de suivi médical peut ainsi apparaître peu favorisée par le système de rémunération. Le préservatif ne peut faire l'objet d'une prescription et supprime le besoin de consultation contraceptive pour les usagères qui le choisissent comme méthode de contraception. Les méthodes de stérilisation mettent un terme définitif au besoin contraceptif des individus concerné.e.s. La vasectomie est de plus réalisée par des urologues en France, ce qui signifie que contrairement à la ligature des trompes, qui peut éventuellement être réalisée par les gynécologues qui la recommandent, cette méthode a pour double conséquence de mettre un terme au besoin contraceptif et de solliciter une spécialité différente. Les conséquences financières de la recommandation de tel ou tel traitement ne sont qu'un élément parmi ceux qui peuvent guider les pratiques de

²⁵⁹ Article 86 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁶⁰ Cf. Chapitre 4, II. 3. a. Le coût de la contraception

recommandation, mais il paraît raisonnable de considérer qu'elles peuvent contribuer à favoriser certaines méthodes aux dépens d'autres.

En Angleterre, la rémunération par capitation implique que la prescription de l'une ou l'autre méthode de contraception a des conséquences moindres pour les prescripteur/rice.s. La prise en charge du suivi contraceptif des usager.e.s constitue toujours, dans le cadre du contrat de soins primaires de 2004, un service spécifique faisant l'objet d'une rémunération supplémentaire au niveau du cabinet (Bernstein, 2008). Le suivi contraceptif est donc une activité financièrement encouragée, et déclarée au niveau du PCT. La logique du forfait alimente une dynamique inverse de celle du paiement à l'acte, les médecins britanniques ayant plutôt intérêt à recommander des méthodes qui nécessitent le moins de consultations possibles. Cette logique pourrait potentiellement désavantager la pilule parmi les méthodes disponibles, mais dans la mesure où les renouvellements d'ordonnance contraceptive peuvent être pris en charge par les infirmier.e.s des cabinets, voire par voie postale, il n'est pas évident que cette méthode soit considérée comme nécessairement plus chronophage que les autres. Le préservatif ne peut pas faire l'objet d'une prescription, mais l'absence de besoin de consultation n'a pas de conséquences négatives financièrement pour les prescripteur/rice.s. Cette méthode est souvent distribuée gratuitement dans les services de santé sexuelle et reproductive, dans les centres de santé, et même dans les cabinets de médecine générale. Le mode de rémunération des médecins britanniques apparaît donc plus neutre vis-à-vis des conséquences financières du choix contraceptif individuel.

Cependant, les incitations financières mises en place en 1975 pour encourager l'implication des médecins généralistes dans le suivi contraceptif introduisaient des différences entre méthodes. Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de ce travail, la réalisation d'une vasectomie était mieux rémunérée qu'une prescription de pilule pour un.e médecin sachant réaliser cette opération. Si le système de "*fees for item*" n'est plus en vigueur en tant que tel en 2015, il existe toujours des paiements additionnels qui favorisent les méthodes long cours, avec l'argument de leur efficacité, effectivement supérieure, en pratique, à l'efficacité des méthodes barrières ou orales, mais sans doute également du fait de leur faible coût sur le long terme. La pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant est rémunérée en tant que telle (Bernstein, 2008). À titre d'exemple, la pose d'un implant est rémunérée à hauteur de 18.60 livres et son retrait à hauteur de 29 livres.

Cet encouragement financier à la recommandation des méthodes long cours pourrait potentiellement favoriser la recommandation des méthodes pour lesquelles les praticien.ne.s sont plus rémunéré.e.s au détriment des autres. Dans le cadre d'une rémunération à la

capitation, où la variable principale de gestion du travail est le temps de consultation, ces incitations financières peuvent aussi compenser l'investissement temporel plus important que nécessite la pose d'un implant ou d'un dispositif intra-utérin pour les praticien.ne.s, et contribueraient alors dans cette perspective à neutraliser les désavantages de ces méthodes du point de vue des professionnel.le.s. Le montant de ces rémunérations spécifiques remet en question l'argument de la seule efficacité économique de la prescription d'une méthode long cours. La durée de fonctionnement d'un implant étant de trois ans, il n'est pas évident que le coût de pose et de retrait additionné au coût du dispositif soient très inférieurs au coût d'une pilule contraceptive sur la même période. Cela laisse supposer que c'est une préoccupation pour la mise à disposition de contraceptifs plus efficaces qui est à l'origine de ces subventions, et non une politique d'économie.

En tout état de cause, les modes de rémunération des prescripteur/rice.s dans chaque pays ont pour conséquence des logiques opposées : le paiement à l'acte français tend à favoriser les méthodes nécessitant des prescriptions régulières et à pénaliser les deux méthodes masculines disponibles sur le marché contraceptif, alors que le modèle anglais semble favoriser les méthodes long cours, dont la stérilisation, et ne désavantage pas le préservatif.

Les modes de rémunération des professionnel.le.s médicaux dans chaque pays sont issus des négociations et des rapports de force entre l'État et le corps médical. La situation française témoigne d'une faible capacité de régulation étatique, du fait de la protection dont bénéficie le principe du paiement à l'acte. L'autonomie accordée aux professionnel.le.s a pour conséquence une impossibilité de prévoir et de maîtriser les coûts de la médecine ambulatoire, et d'en orienter les principes de fonctionnement. À l'inverse, la rémunération des médecins britanniques est une courroie de transmission des politiques publiques, et les coûts correspondent aux budgets prévisionnels. Le cas de la contraception souligne que ces différents modes de rémunération peuvent avoir un impact sur le choix proposé aux usager.e.s : le paiement à l'acte pourrait ainsi décourager la recommandation des méthodes les moins rémunératrices. La rémunération mixte élaborée en Angleterre tend à compenser financièrement le surcroît de temps clinique à accorder aux méthodes long cours. Par ailleurs, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, le système de paiement à la performance comprend des indicateurs susceptibles de favoriser la proposition d'un panel exhaustif de méthodes contraceptives. Une telle régulation du choix offert aux usager.e.s en matière de contraception n'est pas possible en France du fait de l'absence de lien entre la rémunération des praticien.ne.s et le respect des recommandations cliniques ou d'incitations publiques.

Le cas de la rémunération souligne le fait que les gouvernements français et britanniques ne bénéficient pas des mêmes outils de pilotage et d'orientation de la délivrance des soins. Ces différents degrés d'implication reflètent l'issue de négociations politiques entre l'État et la profession médicale. Ils impliquent aussi que les pouvoirs publics endossent des responsabilités différentes quant aux performances des systèmes de santé, qu'il s'agisse de l'accessibilité des soins ou de l'état de santé des populations qu'ils servent.

2. Service public de santé et médecine libérale : qui est responsable des performances du système de soins ?

La France et l'Angleterre ont manifesté des ambitions proches en matière de solidarité nationale dans le domaine de la santé lorsque leurs gouvernements ont engagé la mise en place de dispositifs nationaux de prise en charge des coûts médicaux pour leurs citoyens. Le NHS et l'Assurance Maladie ont pour objectif commun que tous les citoyens aient accès aux soins dont elles et ils ont besoin indépendamment de leurs situations sociales et économiques. Cependant, dans les deux pays, la responsabilité des performances du système de soins, notamment en termes d'équité et d'accessibilité, n'est pas portée par les mêmes acteurs. En Angleterre, dans le cadre d'un service public de santé, le ministère de la santé, et les déclinaisons hiérarchiques des autorités sanitaires, sont tenues pour responsables de l'accessibilité, mais aussi des performances sanitaires, du NHS. Ces différentes instances utilisent leurs pouvoirs de régulation pour piloter l'offre de soins en ce sens. En France, l'État s'est longtemps cantonné au remboursement des soins sans intervenir dans leur organisation, celle des soins primaires étant, aujourd'hui encore, largement déterminée par les professionnels de santé. La bonne utilisation des ressources, l'accessibilité des soins, l'équité du système sont autant d'éléments qui ont longtemps été laissés à l'appréciation de la profession médicale, et auxquels les pouvoirs publics se sont intéressés plus tardivement que leurs homologues britanniques. La manière dont les performances du système de soins sont abordées dans les deux pays souligne ainsi des degrés différents de responsabilité endossée par les pouvoirs publics. Ces appréhensions contrastées de la responsabilité publique en matière de santé sont ici abordées à travers deux exemples : l'accessibilité géographique des soins et les inégalités sociales de santé.

a. Liberté d'installation et accessibilité des soins : de l'autonomie professionnelle française aux outils de gestion britannique

L'égal accès des citoyens bénéficiant de systèmes de santé nationaux dépend, au-delà du coût individuel des consultations, de la répartition des professionnels de santé

sur le territoire national. Cet aspect de l'équité du système de santé ne constitue pas un enjeu politique en Angleterre, où l'installation des médecins est régulée par leur contractualisation. À l'inverse, la France est caractérisée par une dispersion inégalitaire des professionnels sur son territoire, et la régulation des installations est freinée par la protection légale de la médecine libérale.

La première convention médicale nationale signée en France en 1971 a été le résultat de négociations entre l'État et la profession médicale. Si cette dernière a accepté de renoncer partiellement à sa liberté financière, en se conformant jusqu'en 1980 à des tarifs opposables nationaux, elle a exigé en contrepartie la protection des autres principes de la médecine libérale *via* leur inscription dans le code de la sécurité sociale. Cette protection légale de la médecine libérale s'est accompagnée d'une nouvelle liberté professionnelle, celle pour les praticiens de choisir librement leur lieu d'installation. L'article L162-2 du code de la sécurité sociale stipule ainsi : *"Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971."* La reconnaissance légale de cette nouvelle liberté implique que le pouvoir d'influence des autorités sanitaires sur la répartition géographique des médecins est légalement limité. Les conséquences de cette liberté sont manifestes dans les inégalités territoriales qui caractérisent les soins primaires en France, avec des zones géographiques qui connaissent des manques importants en termes de couverture sanitaire, parfois évoquées sous le vocable "déserts médicaux". La situation française est donc paradoxale : le pays bénéficie d'une part, d'une densité médicale élevée par rapport aux pays de l'OCDE (340 médecins pour 100 000 habitants en 2003, contre 289 en moyenne), et d'autre part d'inégalités territoriales prononcées²⁶¹ (Coldefy, Com-Ruelle et Lucas-Gabrielli, 2011). La sous-médicalisation de certaines zones géographiques peut conduire à des renoncements aux soins, particulièrement en ce qui concerne les soins délivrés par des médecins spécialistes, ou à des reports vers les services d'urgence, une solution coûteuse pour le système dans son ensemble (Brocas, 2010). Elle produit de fait des inégalités d'accès à la santé alors même que tous les usagers sont

²⁶¹ Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.), Association des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.), Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.), *Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers*, 2010

soumis.es aux mêmes taux de cotisations indépendamment de leur zone de résidence (Dormont, 2009).

Les réponses publiques à cette situation sont limitées par la protection légale conférée à la liberté d'installation. Des dispositifs de régulation sont mis en place à travers les conventions médicales, mais avec des degrés d'obligation variables en fonction des professionnel.le.s concerné.e.s. D'autres professions médicales ont ainsi accepté progressivement une régulation de leur répartition géographique par le conventionnement: les infirmier.e.s en 2008, les masseurs-kinésithérapeutes en 2011, les sages-femmes et les chirurgien.ne.s-dentistes en 2012 (Tabuteau, 2013, 44). Cette régulation passe généralement par deux types de mécanismes : des incitations financières à l'installation en zone sous-dotée, et une interdiction de conventionnement dans les zones sur-dotées, une nouvelle installation ne pouvant être faite que si un.e autre professionnel.le cesse définitivement son activité²⁶². Pour les médecins, les mécanismes sont uniquement incitatifs et le rapport de la Cour des comptes de 2014 a montré l'échec des différents dispositifs mis en place. Les revalorisations d'honoraires prévues dans les conventions de 2005 et 2012 pour les médecins exerçant dans ces zones ont principalement bénéficié aux médecins déjà installé.e.s et n'ont pas contribué à rééquilibrer la répartition géographique des praticien.ne.s²⁶³. Le conventionnement pourrait constituer un outil efficace d'égalisation territoriale de l'offre de soins, s'il était abordé de manière conditionnelle, et s'il était administré par les autorités sanitaires locales en mesure d'évaluer les besoins spécifiques des territoires. Comme le souligne la Cour des Comptes : *"L'assurance-maladie, dès lors qu'elle apporte aux professionnels une très large part de leur revenu, est légitime à orienter les installations et les remboursements là où il y a des besoins constatés, mais n'a pas mobilisé tous les leviers conventionnels pour permettre d'atteindre ces objectifs. Le conventionnement ne devrait en tout état de cause pas être considéré comme un droit automatique, comme il l'est actuellement, mais devrait correspondre à un besoin effectif de soins pris en charge par l'assurance maladie."*²⁶⁴. Il faudrait pour cela modifier la loi qui interdit d'introduire des conditions géographiques dans les conventions médicales. La Cour des Comptes avait déjà proposé en 2012 de moduler, à défaut du conventionnement pur et simple, la prise en charge par l'Assurance Maladie des cotisations professionnelles des

²⁶² Pour les masseurs kinésithérapeutes, cette régulation par le conventionnement a été remise en cause par le Conseil d'État le 17 mars 2014 (Arrêt N° 357594), suite à une requête du syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes

²⁶³ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2014, p. 238

²⁶⁴ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2014, p. 239

praticien.ne.s en fonction de la densité médicale des régions d'installation, mais cette proposition n'a pas été suivie par les responsables politiques. Il existe donc des outils de régulation qui pourraient être mobilisés dans le contexte français, mais dont les pouvoirs publics ne se saisissent pas. L'encadrement de l'installation est possible même dans un système bismarckien moins intégré que le NHS : en Allemagne, la répartition territoriale des médecins est régulée par les caisses depuis la loi du 21 décembre 1992.

En Angleterre, la gestion publique des activités de soins implique une régulation de la répartition géographique des soignant.e.s : la liberté d'installation des médecins a été supprimée dès les années 1960, avec la mise en place d'un nombre plancher de 1000 patient.e.s inscrit.e.s auprès d'un.e praticien.ne, afin de favoriser l'installation des professionnel.le.s dans des régions moins dotées. Comme dans tous les pays où l'installation des professionnel.le.s médicaux est régulée, la densité médicale britannique est relativement faible, avec 56 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 172 en France (Hartmann, Ulmann et Rochaix, 2006, 123). Pourtant, la question de la géographie médicale ne constitue pas une problématique nationale. Jusqu'en 2002, l'ouverture de nouveaux cabinets de médecine générale était soumise à une régulation nationale, avec une limitation pour les zones bien dotées. À partir de 2002, la gestion du nombre et de la répartition des cabinets dépend des PCT, qui peuvent faire coïncider les installations avec les besoins locaux (Goddard, Gravelle, Hole et Marini, 2010). L'activité médicale est soumise à la passation de contrat de rémunération, ce qui soumet les volontés d'ouverture de cabinets à une évaluation qui couvre la qualité du lieu d'exercice mais également son adéquation avec les besoins locaux. Il existe cependant des zones moins dotées que les autres, avec des vacances de poste persistantes, notamment dans les zones rurales. Ces manques sont en partie compensés par la forte coordination entre professions soignantes, et l'implication des paramédicaux dans les services de continuité des soins et de soins primaires (Hartmann, Ulmann et Rochaix, 2006 ; Bourgueil, Marek et Mousquès, 2008,2009). Les PCT disposent par ailleurs de plusieurs mécanismes pour augmenter la couverture des soins de leur localité, comme la passation de contrats de médecine générale spécifiques, adaptés aux besoins locaux (40 % des contrats environ), ou l'ouverture de centres de santé directement financés par le PCT et où les médecins sont salarié.e.s.

D'une manière plus générale, le fonctionnement du NHS, et particulièrement le mode de rémunération des médecins, encourage une répartition égalitaire des médecins sur le territoire. Le paiement à la capitation implique que la rémunération décroît lorsque le nombre de médecins augmente, puisqu'un nombre constant d'utilisateur.e.s se répartit entre de plus en plus

de fournisseurs de soins. Par ailleurs, le paiement à la capitation inclut des données démographiques et sociales locales, le financement étant plus important dans les zones où la santé est la moins bonne²⁶⁵. Ces mécanismes tendent à compenser le déficit d'attractivité des régions les moins favorisées sur les plans économiques et sanitaires.

L'accessibilité géographique des soins constitue donc un enjeu différent dans chaque pays : il ne s'agit pas d'un problème majeur en Angleterre, où l'organisation des soins suppose une adéquation contractuelle entre l'installation des médecins et les besoins de chaque région. En France, la démographie médicale pose un certain nombre de problèmes d'accessibilité et leur résolution est entravée par le rapport de force défavorable entre les médecins et les pouvoirs publics (État et assurance maladie). Si les outils de régulation existent (conventionnement conditionnel, modulation des exonérations de cotisations sociales), ils ne sont pas utilisés, sans doute par crainte d'une opposition professionnelle d'envergure. Le respect des principes de la médecine libérale mène donc à la préservation des intérêts professionnels et commerciaux des médecins au détriment de l'accessibilité des soins.

Les rapports de force entre les pouvoirs publics et la profession médicale apparaissent ainsi nationalement différenciés, reflétant l'endossement d'une responsabilité du ministère britannique, chargé de piloter les politiques sanitaires et d'assurer leur cohérence avec les besoins territoriaux et démographiques, quand les autorités sanitaires françaises, qu'il s'agisse des caisses d'assurance maladie ou des organismes décentralisés, sont confrontées à l'indépendance des soignant.e.s et ne s'engagent pas à garantir l'équité et l'accessibilité du système. Ces différences de cultures institutionnelles et politiques, inscrites dans l'architecture des systèmes nationaux de soins, se retrouvent dans la manière dont les inégalités sociales de santé sont abordées dans chaque pays.

b. L'exemple des inégalités sociales de santé : responsabilité publique ou individuelle ?

L'état de santé des individus dépend d'une multitude de facteurs, notamment individuels, comme les prédispositions génétiques, les conditions de vie et de travail ou encore les comportements individuels de santé. Des facteurs institutionnels peuvent également jouer un rôle : l'accessibilité géographique et financière des soins, ou encore l'existence de politiques ciblées prenant en compte les particularités de certains groupes de population, sont des éléments de politiques publiques qui ont un impact sur le rapport aux soins, et à terme l'état

²⁶⁵ Cf. Chapitre 6, II. 1. Les modalités de rémunération des médecins : l'accessibilité et la qualité des soins en question

de santé, des citoyen.ne.s. Les tendances de mortalité et de morbidité peuvent ainsi être abordées comme résultant de facteurs individuels et/ou comme marqueurs de l'efficacité d'un système de soins solidaire. En la matière, les approches anglaise et française se distinguent fortement, notamment en ce qui concerne l'attention portée aux différences d'état de santé entre classes sociales.

Les deux pays sont confrontés à des situations contrastées. La France est l'un des pays d'Europe connaissant le plus fort taux d'inégalités sociales de santé²⁶⁶, qu'il s'agisse de l'état de santé (Leclerc, Kaminski et Lang, 2008), généralement mesuré à travers les données de mortalité mises en regard des niveaux d'éducation au sein de la population²⁶⁷ (Dormont, 2009), ou de l'accès aux soins (Lombrail, Lang et Pascal, 2004). En matière d'accès aux soins, la comparaison entre plusieurs pays de l'OCDE classe la France comme deuxième pays le plus inégalitaire, après les États-Unis, alors que dans la majorité des catégories étudiées (accès aux soins primaires, secondaires, dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein), l'Angleterre présente une variation sociale proche de zéro (Devaux, 2013). Si les études de variation sociale de la mortalité ne sont pas toujours comparables entre pays, du fait d'échantillons trop différents (Leclerc, Chastang, Menvielle et Luce, 2006), des données anciennes montrent qu'en la matière, la France est plus inégalitaire que l'Angleterre (Aïach, Carr-Hill, Curtis et Illsley, 1988 ; Leclerc, Lert et Fabien, 1990 ; Kunst, Groenhof et Mackenbach, 2000).

Ces performances différentes peuvent être éclairées par le fonctionnement même des systèmes britannique et français. Des études comparatives européennes mettent en avant le rôle propre des systèmes de santé sur leur accessibilité plus ou moins inégalitaire (Or, Jusot et Yilmaz, 2009 ; Devaux et Looper, 2012). Les systèmes où la participation financière des usager.e.s aux soins est limitée sont ainsi caractérisés par des inégalités d'accès et de santé moindres par rapport aux pays où le reste à charge ou l'avance de frais sont plus importantes. En termes d'organisation, les systèmes qui mettent l'accent sur les soins primaires, et le rôle de *gatekeepers* confié aux médecins généralistes, comme le NHS, favorisent la multiplication des contacts entre soignant.e.s et usager.e.s et la responsabilisation des médecins pour une population donnée, avec une prise en compte des besoins des usager.e.s les plus défavorisé.e.s. Ces éléments organisationnels permettent de limiter l'impact des différences d'accès aux soins en fonction du niveau d'éducation, très importantes en termes de recours

²⁶⁶ Aïach Pierre et Fassin Didier, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, vol. 54, n° 20, p. 2221-2227, 2004

²⁶⁷ Haut Comité pour la Santé Publique, *La santé en France*, Paris, 2002

aux spécialistes en France par exemple (Lombrail, Lang et Pascal, 2004). La coordination entre les différentes professions soignantes est aussi un facteur d'amélioration de la prise en charge des personnes les moins éduquées, qui ont moins besoin de maîtriser le fonctionnement des filières de soins pour être prises en charge. Ainsi les orientations organisationnelles et financières du NHS paraissent limiter les inégalités sociales d'accès aux soins par rapport au système français, moins focalisé sur les soins primaires, moins coordonné et plus coûteux pour les usager.e.s.

Au-delà des inégalités générées ou conservées par le fonctionnement du système de soins, les deux pays sont caractérisés par des différences profondes en matière de gestion politique de cet enjeu. Les réactions politiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé suivent un processus particulier : il faut que ces inégalités soient mesurées pour qu'elles puissent être reconnues et qu'elles émergent comme un enjeu de politique publique. Cette émergence politique apparaît de plus "*déterminée en profondeur par des facteurs historiquement situés et liés aux institutions administratives de la santé publique, aux cadres mentaux associés à la protection maladie et aux intérêts politiques actifs dans un contexte national donné.*" (Briatte, 2009, 52), ce qui contribue à une variabilité selon les pays.

Le Royaume-Uni est précurseur, parmi les pays européens, dans l'étude des inégalités sociales de santé et dans leur prise en compte dans le développement de politiques publiques sanitaires. Le pays est considéré au niveau international comme relativement précoce dans la mise en évidence des inégalités de santé, leur mise à l'agenda politique dès les années 1970 (Berthod-Wurmser, 2000), et l'élaboration et l'évaluation de programmes de lutte contre les inégalités de santé (Mackenbach et Bakker, 2003). Plusieurs rapports officiels britanniques, comme le rapport Black²⁶⁸ de 1977 et le rapport Acheson de 1998²⁶⁹ ont marqué la réflexion internationale sur cette question (Macintyre, 1997 ; Couffinhal *et al.*, 2005b), notamment en proposant des hypothèses globales, relatives aux différences en termes de niveau d'éducation, de revenus, de lieu de résidence²⁷⁰, plutôt qu'en termes de comportements individuels. Ces rapports ont bénéficié d'une importante couverture médiatique et d'une mobilisation des acteurs dans le domaine de la santé, notamment face à l'indifférence des gouvernements conservateurs (Whitehead, 1998). Le parti néo-travailliste a partiellement construit sa campagne électorale de 1997 sur une critique de cette indifférence, promettant d'agir contre

²⁶⁸Department of Health and Social Security, *Inequalities in health - Report of a research working group*, 1980

²⁶⁹Stationary Office, *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, 1998

²⁷⁰ Les sept domaines d'action publique principaux déterminés par l'enquête de 1998 sont : l'impôt et la sécurité sociale ; l'éducation ; l'emploi ; le logement et l'environnement ; la mobilité, les transports et la pollution ; la nutrition et la politique agricole commune ; le NHS.

ces inégalités (Briatte, 2009), et son accession au pouvoir a donné lieu à la prise en compte de ces données et au déploiement de programmes très conséquents (Mackenbach et Bakker, 2003), qui ont montré leur efficacité dès 2007²⁷¹.

Les inégalités sociales face à la mort et à la maladie semblent ainsi constituer un enjeu politique mobilisateur pour la population britannique comme pour les acteurs de la politique de santé, ce qui peut être lié au mode de financement direct du NHS et à la responsabilité ministérielle de sa gestion : la perception du système de santé comme un service public financé par les contribuables place la population dans une posture d'évaluation de ses performances par rapport à l'intérêt général (Aïach, Carr-Hill, Curtis et Illsley, 1988). La gestion étatique du NHS, avec une allocation budgétaire centralisée, favorise également la prise en compte des spécificités de chaque sous-ensemble du système. La répartition du budget national donne lieu à des réflexions et des débats sur les critères d'attribution des crédits nationaux aux différents échelons locaux responsables de la délivrance des soins. L'évaluation des besoins locaux s'appuie sur des données comparées de santé, mais aussi relatives aux spécificités des bassins de population en termes d'âge et de statuts socio-économiques. Le mode de financement et de gestion du système de santé britannique encourage donc intrinsèquement la prise de conscience au niveau politique des inégalités de santé : *"Ces sont les systèmes nationaux dont le fonctionnement conduit à se poser la question « Comment allouer les ressources pour la santé des populations ? » qui ont développé une approche fondée sur une analyse des états de santé et sur les disparités constatées."* (Berthod-Wurmser, 2000, 71). Des zones prioritaires sont identifiées, et la réflexion publique sur les actions à cibler (prévention, accessibilité) se nourrit d'une forte sollicitation des universitaires sur ces questions, qui favorisent une approche globale à une approche en termes de comportements de santé individuels. Depuis 2004, l'allocation des ressources comprend une mention spécifique de la mortalité évitable : dans le cadre du refinancement du NHS, 130 millions de livres ont été réservés aux zones géographiques dont la mortalité évitable est la plus élevée (Couffinhal *et al.*, 2005a).

La lutte contre les inégalités sociales de santé est intégrée à l'évaluation des politiques publiques et bénéficie d'incitations financières : les autorités locales sont encouragées à inscrire des objectifs de diminution de ces inégalités dans les contrats conclus avec le gouvernement et sont récompensées en dotations si ces objectifs sont atteints. Les groupements de soins primaires sont évalués en fonction de leur performance dans ce

²⁷¹ Department of Health, *Tackling Health Inequalities : 2007 Status Report on the Programme for Action*, 2008.

domaine et les données sont disponibles pour situer chaque région par rapport à la moyenne nationale sur une série d'indicateurs. La politique nationale de santé est elle-même orientée en fonction d'objectifs chiffrés de réduction des inégalités de santé²⁷². Comme dans d'autres domaines de la politique sanitaire britannique, la littérature scientifique se montre particulièrement critique vis-à-vis des programmes gouvernementaux, jugés insuffisants, mais il apparaît dans ce contexte que ces critiques traduisent un niveau d'exigence élevé et reflètent une remise en cause perpétuelle de l'efficacité des politiques publiques en la matière (Briatte, 2009).

En comparaison, les politiques sanitaires françaises sont caractérisées par un retard important en matière de réflexion sur les inégalités sociales de santé. Ce n'est qu'à partir des années 1990 que des rapports publics et des travaux universitaires sont commandés par les pouvoirs publics sur cette thématique particulière, et selon l'analyse comparative de Johan P. Mackenbach et Martijntje Bakker, la France se situe aujourd'hui dans une phase préliminaire de réflexion et de débats, par opposition aux étapes suivantes de mise en place de programmes spécifiques (Suède, Finlande, Pays-Bas) puis de politiques globales compréhensives (Royaume-Uni) (Mackenbach et Bakker, 2003). Le retard français peut être mis en relation avec les particularités de son système de soins : la politique de santé a longtemps consisté à organiser un remboursement des soins consommés, sans positionnement sur le bien-fondé des dépenses occasionnées, et cela ne nécessite pas de récolter des données précises sur les usager.e.s, ni de déterminer des besoins prioritaires pour l'allocation des ressources. En d'autres termes, la manière dont le système national de santé a été pensé, en termes de remboursement des consommations de soins individuelles et non en termes d'organisation de l'offre, et la répartition spécifique des pouvoirs dans la gestion de ce système, n'ont pas nécessité d'approche en termes de santé publique, et de groupes de population (Berthod-Wurmser, 2000). Sur le plan intellectuel, la domination de la médecine libérale, qui privilégie une approche curative et individuelle de la santé, n'encourage pas la réflexion sur les groupes à risques et les dimensions sociales des états de santé (Lombrail et Pascal, 2005). Enfin, au niveau politique, *"l'idée que le système de soins était l'un des meilleurs du monde et que la*

²⁷² En 2001, deux objectifs prioritaires sont déterminés : la réduction de 10 %, à l'horizon 2010, de la différence de mortalité infantile entre la population ouvrière et la population générale et de la différence d'espérance de vie à la naissance entre les zones géographiques les plus défavorisées et la moyenne nationale. En 2004, des objectifs de réduction des écarts régionaux de mortalité pour certaines pathologies (cancer, maladie de l'appareil circulatoire) ont été ajoutés, ainsi que des objectifs en matière de comportements de santé (prévalence du tabac, grossesses non désirées chez les mineures, obésité infantile).

protection sociale était l'une des plus généreuses imaginables a longtemps constitué un obstacle pour penser aux inégalités." (Aïach et Fassin, 2004, 2223).

Depuis la fin des années 1990 cependant, un certain nombre de mesures ont été prises dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, en privilégiant une perspective en termes d'accessibilité financière des soins. Dans un système où le reste à charge pour les usager.e.s est en augmentation, une part des inégalités de santé est liée au coût des soins. Or, le niveau de consommation de soins s'avère fortement différencié en fonction du recours à une mutuelle, son absence menant à des renoncements aux soins (Auvray, Dumesnil et Le Fur, 2001). C'est dans cette perspective que l'approche française des inégalités sociales de santé a privilégié la minoration des coûts, en instituant la couverture maladie universelle (CMU) en 1999²⁷³, et sa couverture complémentaire (CMU-C). La CMU met fin à la conditionnalité de la couverture santé en assurant une prise en charge des coûts des soins pour les personnes jusqu'à présent exclues du système. Cette mesure semble avoir eu un réel impact sur l'accessibilité des soins pour cette population, 7,5 % de la population française étant désormais couverte par ce dispositif (Raynaud, 2003 ; Grignon et Perronin, 2003). La couverture universelle se heurte néanmoins à des résistances de la part de la profession médicale, avec un certain nombre de praticien.ne.s refusant de prendre en charge les usager.e.s en bénéficiant²⁷⁴ (Pfister, 2014), ce qui souligne à nouveau les difficultés que rencontre l'État dans ses tentatives de régulation du système de santé.

L'approche française, en se focalisant sur des politiques de réduction des coûts pour les populations les plus défavorisées, n'intègre pas de réflexion sur les dynamiques à l'origine des inégalités sociales de santé, et notamment sur les dimensions culturelles, sociales et professionnelles de la santé et de l'accès aux soins (Aïach et Fassin, 2004 ; Couffinhal *et al.*, 2005a). La loi du 9 août 2004 a proclamé un objectif de réduction des inégalités devant la maladie et la mort, *via* l'augmentation de l'espérance de vie des populations les plus défavorisées (objectif 34)²⁷⁵. Cet objectif pourrait encourager les acteurs publics à mesurer ces inégalités et à mettre en place des politiques visant à les réduire, mais à la différence de la tradition anglaise en la matière, les politiques publiques françaises font face à un manque

²⁷³ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

²⁷⁴ Jean-François Chadelat, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport pour Monsieur le ministre de la Santé et des solidarités*, La Documentation française, 2006; Caroline Desprès, Stéphanie Guillaume et Pierre-Emmanuel Couralet, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. La Documentation française, 2009 ; Le Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et de l'AME*, 2014

²⁷⁵ Haut Conseil de la Santé Publique, *Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*, 2009

d'outils de mesure et de données, et à un déficit de collaborations avec les chercheurs/ses en santé et en sciences humaines (Berthod-Wurmser, 2000 ; Polton, 2009). Comme l'écrit le politiste François Briatte : "*l'inscription des inégalités de santé sur l'agenda politique [français] reste un phénomène partiel et subordonné aux schémas mentaux existants, à l'inverse de la situation britannique où ce thème a pu acquérir une grande autonomie et une forme de primat dans l'élaboration des politiques de santé pendant la première décennie néo-travailleuse.*" (Briatte, 2009, 54).

La question des inégalités sociales de santé s'inscrit directement dans la perception d'une responsabilité étatique en matière de santé : le NHS étant perçu comme un service public de santé, la responsabilité de ses gestionnaires vis-à-vis des performances du système a mené à une prise en compte précoce des inégalités sociales de santé et à des programmes politiques d'envergure. Le taux d'inégalité de santé dans ce pays figure parmi les plus bas des pays de l'OCDE, mais il est perçu comme un marqueur d'inefficacité du système. En France, la structure du système de santé divise les responsabilités entre l'État, les caisses d'assurance maladie et les médecins, qui bénéficient d'une importante autonomie dans la gestion des ressources du système. Cette fragmentation des responsabilités, ainsi que la focalisation française sur la médecine curative, ont pour conséquence une émergence tardive et limitée de l'enjeu des inégalités sociales de santé. Leur prise en compte dans les politiques publiques sanitaires est partielle, et se focalise sur l'accessibilité matérielle des consultations, ce qui éclaire l'importance des inégalités sociales de santé dans ce pays, par rapport aux autres pays de l'OCDE.

L'exemple de la lutte contre les inégalités sociales de santé souligne l'influence d'une culture de service public sanitaire sur l'appréhension politique des performances du système. En Angleterre, dans un contexte traditionnellement favorable aux perspectives de santé publique, les autorités sanitaires britanniques sont considérées comme responsables de ces performances. Le système encourage les approches préventives et les actions ciblées auprès des groupes vulnérables, afin de réduire les écarts entre groupes de population. En France, les inégalités sociales de santé n'ont été que tardivement mises en relation avec l'organisation du système de santé. Comme dans d'autres domaines d'intervention publique, l'approche privilégiée par les pouvoirs publics est une approche focalisée sur les dimensions économiques. Les médecins et les autorités sanitaires n'ont pas de comptes à rendre aux citoyens qui financent le système en matière d'équité.

L'organisation des soins primaires en France et en Angleterre est caractéristique du degré d'autonomie accordé à la profession médicale dans chaque pays. Le rapport de force français limite les capacités d'influence des pouvoirs publics sur l'activité médicale libérale, qui se structure en fonction des préférences professionnelles individuelles (exercice individuel et fragmenté, manque de coordination locale et liberté d'installation) plutôt qu'en fonction d'une évaluation publique des besoins sanitaires de la population. En Angleterre, la régulation de l'activité médicale permet de faire mieux correspondre l'activité médicale et les besoins territoriaux : il n'existe pas de liberté d'installation, et les pouvoirs publics ont fortement encouragé un exercice collectif et intégré de la médecine qui permet une coordination accrue des acteurs de la santé, une plus forte implication des infirmier.e.s, autorisant une meilleure couverture territoriale et une répartition des tâches plus efficiente au sein des cabinets de médecine générale. Les capacités d'influence des pouvoirs publics britanniques s'appuient notamment sur le mode de rémunération contractuel des praticien.ne.s, qui est utilisé comme un outil de gestion de l'offre de soins. Le maintien du paiement à l'acte comme mode de rémunération principal en France consacre une autonomie financière des médecins peu compatible avec leur participation à une politique de santé globale et qui produit des effets négatifs en termes sanitaires et budgétaires. Ces différences organisationnelles reflètent des orientations stratégiques négociées entre l'État et la profession médicale. Il apparaît que c'est l'implication étatique dans la politique sanitaire qui détermine l'autonomie accordée à la profession médicale et le développement d'une politique en accord avec les besoins de la population, et qui vise notamment à assurer un accès égalitaire à la santé.

Ces différences institutionnelles peuvent avoir un impact fort dans le domaine de la contraception, par exemple en ce qui concerne l'accessibilité géographique et financière des consultations dédiées, mais aussi en matière d'appréhensions des responsabilités des différents acteurs du système. Le renvoi des inégalités sociales de santé à des comportements individuels qui a longtemps prévalu en France peut ainsi rappeler la perception des échecs de contraception comme résultant d'un manque de responsabilité des usagères ou de leur désinvolture, portée par certain.e.s soignant.e.s français.es. Les politiques d'accessibilité et l'interprétation des grossesses non prévues comme résultant d'un défaut de prescription qui prévalent en Angleterre peuvent quant à elles être resituées dans un référentiel qui attribue une forte responsabilité au système sanitaire²⁷⁶.

²⁷⁶ Cf. Chapitre 5 : Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : les exemples de l'avortement et de la stérilisation

Ces exemples soulignent les liens étroits qui existent entre les appréhensions nationales de la responsabilité d'État en matière sanitaire et les services rendus accessibles aux usager.e.s. Les capacités de régulation publique dans chaque pays renvoient ainsi à l'engagement des pouvoirs publics en matière de performances, qu'il s'agisse de l'accessibilité géographique des lieux de soins ou des états de santé des populations. Les rapports entre État et profession médicale, tels qu'ils sont organisés au sein des systèmes nationaux de soins, reflètent ainsi le statut d'un troisième acteur au sein de ces relations : les usager.e.s. Il apparaît que plus les pouvoirs publics sont en capacité d'influencer l'offre de soins, et tenus pour responsables de son organisation, plus cette offre est appréhendée en termes d'équité entre les citoyen.ne.s qui la financent. Le prochain chapitre s'intéresse plus précisément à la question du statut des usager.e.s des systèmes de soins, au sein de leur gouvernance, mais aussi en termes des droits qui leur sont accordés.

Chapitre 7 :

Soignant.e.s et usager.e.s dans les systèmes de soins : des statuts nationalement différenciés

Les usager.e.s des systèmes de santé représentent un acteur majeur dans le cadre du NHS et de l'Assurance Maladie : elles et ils sont à la fois les financeurs et les bénéficiaires des dispositifs nationaux mis en place à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le statut qui leur est accordé au sein de chaque système peut être abordé sous plusieurs angles. En tant que contribuables et citoyen.ne.s de sociétés démocratiques, un droit de regard sur les orientations stratégiques de l'offre de soins, la répartition des ressources ou encore les pratiques des agents du système peut leur être accordé, selon des modalités spécifiques à chaque pays. En tant qu'usager.e.s d'autre part, des droits peuvent leur être garantis, qu'il s'agisse de leur autonomie, de la qualité et de la sécurité des soins, de leur accessibilité, etc. Les équilibres de pouvoir qui structurent les systèmes de santé renvoient donc à la fois aux relations de coopération entre les pouvoirs publics et les médecins, et à la place accordée aux usager.e.s, tant dans le pilotage de l'offre de soins que concernant les services dont elles et ils bénéficient. Les choix politiques qui régissent le statut des usager.e.s sont des marqueurs des rapports de force au sein des systèmes de santé, mais ont également des conséquences très concrètes sur leurs expériences en tant que bénéficiaires : les droits qui leur sont reconnus peuvent notamment influencer la qualité des soins, et les interactions médicales. S'attacher à caractériser les variantes nationales du statut des usager.e.s permet ainsi de resituer les consultations contraceptives dans un contexte plus large, juridique et institutionnel, qui valorise plus ou moins l'autonomie des patient.e.s, et qui régit la manière dont les professionnel.le.s de santé abordent leur activité. En Angleterre, le NHS fonctionne selon les principes d'un service public : ses agents doivent rendre des comptes sur leurs activités, accepter un degré élevé de régulation et de contrôle étatiques, afin d'assurer la délivrance d'un service standardisé et correspondant aux attentes des usager.e.s. La gouvernance de ce service public sollicite les usager.e.s comme les citoyen.ne.s pour en déterminer les orientations stratégiques. En France, la faible régulation de la médecine ambulatoire complexifie les relations entre les différents acteurs : les médecins ne sont pas considéré.e.s comme des agents d'un service public, ce qui a des conséquences importantes, tant en termes

de démocratie sanitaire que de responsabilité publique en matière de sécurité et de qualité des soins.

I. Le pouvoir des usager.e.s au sein des systèmes sanitaires : de la relation de soins à la démocratie sanitaire, des politiques nationales différenciées

Les relations entre les médecins et les usager.e.s ont connu, depuis les années 1990, une double transformation. D'une part, l'apparition du VIH et d'autres maladies au long cours a favorisé l'émergence de patient.e.s expert.e.s revendiquant des relations thérapeutiques plus égalitaires (Dodier et Barbot, 2000 ; Lascoumes, 2007). Le paternalisme caractérisant les relations de soins traditionnelles a été critiqué sur le plan éthique (Jaunait, 2003 ; Fainzang, 2006) et la reconnaissance, au sein des législations nationales, des droits des patient.e.s, et notamment le droit à l'information et le droit au consentement, ont accordé une place nouvelle aux usager.e.s au sein des parcours de soins. Cette revalorisation du statut des usager.e.s a donné lieu à des politiques de circulation de l'information médicale prônant une plus grande transparence, et donc une plus grande autonomie décisionnelle des patient.e.s. D'autre part, le statut des médecins a connu des évolutions liées à la remise en cause de leur autonomie, notamment du fait de la médiatisation de scandales sanitaires en France comme en Angleterre. Kath Checkland, Martin Marshall et Stephen Harrison inscrivent la médiatisation des erreurs médicales à l'origine de ces scandales dans un contexte plus large d'augmentation de la méfiance et des exigences du public consommateur de soins, commun à tous les pays occidentaux, et mettent sur le même plan les scandales de Bristol²⁷⁷ ou la crise du sang contaminé en France. La remise en cause du bien-fondé de l'autonomie médicale s'est traduite par des exigences de transparence en termes de décisions médicales comme de formation professionnelle. Cependant, ce contexte similaire a donné lieu à des politiques publiques fortement différenciées en fonction des pays : "*le gouvernement du Royaume-Uni est allé plus loin que tous les autres dans sa tentative d'institutionnaliser le concept de redevabilité.*" (Checkland, Marshall et Harrison, 2004, 130), c'est-à-dire l'obligation légale pour les professionnel.le.s de soins de rendre des comptes sur leurs activités médicales et de gestion.

²⁷⁷ Le scandale de Bristol fait référence à la médiatisation d'un taux de mortalité anormalement haut dans l'unité de chirurgie pédiatrique du *Bristol Royal Infirmary*. L'enquête publique qui a suivi cette médiatisation a révélé des dysfonctionnements professionnels importants, menant à la radiation de certain.e.s praticien.ne.s et la mise en place de nouveaux systèmes de contrôle. Secretary of State for Health, *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 -1995*, 2001

Par ailleurs, le domaine sanitaire n'a pas échappé au développement de la participation citoyenne dans le champ de la gouvernance publique (Boy, 2002 ; Blondiaux, 2005 ; Diamond, 2005 ; Gourgues, 2013 ; Davidson et Elstub, 2014). La valorisation du statut des usager.e.s et de leurs droits s'est accompagnée d'une reconnaissance de leur légitimité à participer à l'élaboration des politiques sanitaires et à faire valoir un point de vue profane à tous les niveaux de décision (Hogg, 1999 ; Maudet, 2002 ; Naïditch et Letourmy, 2009 ; Tabuteau, 2013 ; Milewa, Harrison, Ahmad et Tovey, 2002 ; Milewa, 2004).

Ces évolutions ont pris des formes variables selon les contextes nationaux, notamment en fonction de la capacité des gouvernements à réguler le système de soins. Le degré d'implication des pouvoirs publics dans l'organisation des soins et leurs capacités de négociation avec la profession médicale ont un impact direct sur la place qui peut être donnée aux usager.e.s au sein du système. De même, les politiques de participation des usager.e.s à la gouvernance sanitaire ne peuvent être mises en place que si leur présence est acceptée, et n'ont un impact que si les pratiques médicales font l'objet d'une régulation publique. Ainsi, en France et en Angleterre, la protection des droits des usager.e.s et leur implication dans les décisions sanitaires ont pris des formes différentes en fonction de l'autonomie professionnelle des médecins et des volontés politiques des autorités publiques quant à la mise en place d'une véritable démocratie sanitaire.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux politiques de circulation de l'information au sein de chaque système. L'accès à l'information est une condition de l'autonomie des usager.e.s, tant dans leur parcours individuel de soins que dans la formulation de choix et d'orientations thérapeutiques au sein du système, et les responsables politiques britanniques et français.es ont fait des choix différents dans ce domaine.

Nous verrons ensuite comment les relations entre médecins et usager.e.s sont administrées par les instances professionnelles et les règles déontologiques qu'elles édictent. L'implication publique dans la composition et la définition des fonctions de ces instances, ainsi que dans les procédures disciplinaires visant à réguler les pratiques médicales, se révèle très différente d'un pays à l'autre et symptomatique d'une appréhension contrastée, en France et en Angleterre, des statuts des professionnel.le.s et des profanes au sein du système.

Enfin, nous aborderons les enjeux de démocratie sanitaire et de participation des usager.e.s, (patient.e.s, proches, citoyen.ne.s) à la gestion du système de soins. Les obligations légales des acteurs du système en la matière et les dispositifs de participation mis en place dans chaque pays témoignent d'approches nationalement différenciées du service public et de la légitimité de la participation des usager.e.s dans sa gouvernance.

La répartition des responsabilités et des capacités d'action entre usager.es et professionnel.le.s dans chaque pays renvoie à l'appréhension nationale du service public de santé : les droits des usager.e.s, la réglementation autour de la relation thérapeutique et les possibilités de choix des usager.e.s mais aussi l'implication citoyenne dans les décisions organisationnelles ou les procédures d'évaluation sont autant d'éléments permettant de caractériser les interprétations nationales de ce que doit être un service national de santé.

1. Du secret professionnel à l'obligation de rendre des comptes : les politiques de circulation de l'information médicale en Angleterre et en France

L'accès à l'information est au cœur des rapports de pouvoir qui traversent l'interaction médicale. Sur le plan individuel, l'accès à des informations sur leur état de santé, sur les traitements disponibles et leurs risques et bénéfices associés est primordial pour permettre aux usager.e.s de participer à leurs parcours de soins et d'exercer leur autonomie dans leurs choix thérapeutiques. Cet accès à l'information tempère l'asymétrie caractéristique de l'interaction entre les usager.e.s et les professionnel.le.s de santé qui ne disposent ni des mêmes connaissances, ni des mêmes marges de manœuvre, l'usager.e étant en demande de soins face à des professionnel.le.s détenant le savoir clinique nécessaire. Par ailleurs, dans le contexte de systèmes de santé nationaux complexes, l'information sur les options thérapeutiques et sur les fournisseurs de soins est la condition de l'exercice de l'autonomie individuelle dans l'orientation au sein du système de soins. Connaître les performances des établissements et des professionnel.le.s, les délais d'attente ou les coûts liés aux options thérapeutiques est le point de départ du choix de l'usager.e. En matière de circulation de l'information, la France comme l'Angleterre ont reconnu la nécessité de protéger le consentement et l'autonomie des usager.e.s mais ont adopté des politiques différentes pour garantir l'exercice de ces droits.

a. L'information individuelle au sein du parcours de soins : reconnaissance et application des droits des usager.e.s

La protection des usager.e.s au sein du système de soins passe par l'aménagement de la relation thérapeutique afin d'en limiter l'asymétrie²⁷⁸ : les mouvements de droits des patients promeuvent une plus grande autonomie des usager.e.s qui passe notamment par la reconnaissance d'un droit à l'information, afin de pouvoir effectuer des choix médicaux en connaissance de cause, et par la nécessité pour les professionnel.le.s médicaux d'obtenir le consentement des usager.e.s à chaque étape du parcours de soins. Ces droits bénéficient d'une

²⁷⁸Claire Compagnon, Véronique Ghadi, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Ministère chargé de la santé, 2012, p. 11

protection légale dans les deux pays : en France, la loi du 4 mars 2002 a fait de l'information des usager.e.s une obligation légale s'appliquant aux professionnel.le.s de santé²⁷⁹. En Angleterre, ces deux notions de droit à l'information et au consentement sont abordées de front dans la jurisprudence, conformément à la tradition de droit commun anglo-saxonne : l'ensemble de la jurisprudence fait état du caractère obligatoire du recueil explicite du consentement de l'usager.e avant tout acte de nature médicale, le consentement n'étant considéré comme valide que si le ou la professionnel.le de santé a transmis une information complète (risques et bénéfices associés du traitement proposé, alternatives) et s'est assuré.e de sa compréhension par l'usager.e (Taylor, 2014). La jurisprudence est complétée par les documents réglementaires du NHS. La protection actuelle des droits des usager.e.s est ainsi encadrée par la constitution du NHS, contraignante sur les plans administratif et médical²⁸⁰, qui stipule : *"Vous avez le droit de faire des choix concernant les soins que vous recevez, et à l'accès à une information permettant de soutenir ces choix ; Vous avez le droit d'être impliqué.e dans les discussions et décisions à propos de vos soins de santé, et d'obtenir les informations vous permettant de le faire ; Vous avez le droit d'obtenir des informations à propos des traitements proposés, y compris tout risque significatif et toute alternative thérapeutique disponible, ainsi que les risques qu'impliquent l'absence de traitement."* (Coulter, Edwards, Elwyn et Thomson, 2011, 301). En matière de décision médicale, le Ministère de la Santé s'est prononcé pour un réaménagement plus égalitaire de la relation thérapeutique dans son plan de réforme en 2000 : *"La relation entre les services et les patient.e.s est trop hiérarchique et paternaliste."*²⁸¹. Cette posture officielle s'est concrétisée avec le vote du *Health and Social Care Act* de 2012, qui fait de la promotion de la décision

²⁷⁹L'article L 1111-2 du Code de la Santé Publique précise : *"Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.[...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser."* En matière de consentement aux traitements médicaux, l'article 1111-4 du Code de la Santé Publique précise : *"Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment."*

²⁸⁰*"Le secrétariat d'État à la Santé, les services du NHS et les fournisseurs de soins privés et du secteur associatif participant aux services du NHS, ainsi que les autorités locales dans l'exercice de leurs fonctions de santé publique sont légalement tenu.e.s de prendre en compte la constitution dans leurs décisions et actions."*, NHS, *The NHS Constitution - The NHS belongs to us all*, 2015, p 2

²⁸¹ Department of Health, *The NHS Plan : a plan for investment, a plan for reform*, London, 2000, §2.34 (<http://www.nhshistory.net/nhsplan.pdf>)

partagée une obligation pour les groupements de soins primaires et la direction nationale du NHS (sections 23 et 26).

Cette protection des droits des usager.e.s en matière de décision thérapeutique et de consentement doit, pour être pleinement prise en compte par les professionnel.le.s, être soutenue par la déontologie médicale telle qu'elle est promue par les instances régulatrices professionnelles.

Le General Medical Council (GMC) britannique a ainsi intégré ces enjeux dans le *Good Medical Practice* qui régit les pratiques médicales. La déontologie précise que les médecins doivent travailler en partenariat avec les usager.e.s, et notamment "*Écouter les patient.e.s et répondre à leurs inquiétudes et préférences ; Donner aux patient.e.s l'information qu'elles ou ils veulent ou dont elles/ils ont besoin d'une manière compréhensible ; Respecter le droit des patient.e.s de prendre des décisions avec vous concernant leur traitement et leurs soins*". Le paragraphe 49 précise le contenu de cette information : "*Vous devez travailler en partenariat avec les patient.e.s, et partager avec eux/elles les informations nécessaires à la prise de décision concernant leurs soins, y compris : leur état de santé, sa progression probable et les options thérapeutiques, y compris les risques associés et les incertitudes ; le processus de soins, et votre rôle et vos responsabilités au sein de l'équipe ; qui est responsable pour chaque aspect des soins, et comment l'information est partagée au sein des équipes et avec les autres fournisseurs de soins*". Le paragraphe 68 précise également que l'information transmise doit porter sur les compétences des soignant.e.s et leurs limites : "*Vous devez être honnête et digne de confiance dans vos communications avec les patient.e.s et vos collègues. Cela signifie que vous devez clarifier les limites de vos connaissances [...]*".

Cette inscription dans les normes déontologiques médicales a un impact notamment à travers son inclusion aux critères d'évaluation des professionnel.le.s. La procédure obligatoire de renouvellement quinquennal de leur licence d'exercice²⁸² comprend une enquête de satisfaction auprès de la patientèle, par le biais d'un questionnaire standard développé par le GMC. Ce questionnaire comprend sept questions destinées à l'évaluation de la consultation du jour de passation de l'enquête, et en consacre explicitement deux aux enjeux d'information et de partage de la décision médicale²⁸³. Cette intégration de normes de protection du droit au consentement éclairé des usager.e.s s'inscrit dans une démarche au long cours du GMC, qui s'est engagé depuis la fin des années 1990 contre le paternalisme médical²⁸⁴ en précisant par

²⁸² Cf. Chapitre 7, II. 1. Le droit à des professionnel.le.s compétent.e.s : le contrôle de la formation continue

²⁸³ Cf. Annexe 5

²⁸⁴ General Medical Council, *Consent: Patients and doctors making decisions together*, 2008

exemple en 1998 : *"C'est au/à la patient.e, et non au/à la médecin, de déterminer ce qui est dans le meilleur intérêt du/de la patient.e. Vous pouvez souhaiter recommander un traitement ou un plan d'action, mais vous n'avez pas le droit d'exercer une quelconque pression sur les patient.e.s pour qu'elles ou ils acceptent votre conseil."*²⁸⁵ Une telle prise de position de la part du Conseil National de l'Ordre des Médecins n'est pas parvenue à notre connaissance. Le Code de déontologie français précise dans son article 35 (article R.4127-35 du CSP) : *"Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension [...]".* Si cet article réaffirme le droit à l'information des usager.e.s, il soumet l'appréciation de la forme et du contenu de cette information au jugement des professionnel.le.s sur la *"personnalité du patient"*. L'article 36 (art. R.4127-36 du CSP) précise quant à lui les conditions de l'obtention du consentement, dans des termes qui n'évoquent pas le rapport de pouvoir auquel le GMC fait référence : *"Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences."* Par ailleurs, le respect des règles déontologiques par les médecins français.es n'est évalué qu'en cas de litiges²⁸⁶, et non dans le cadre d'une évaluation professionnelle annuelle.

En ce qui concerne l'accès à des informations médicales permettant aux usager.e.s de formuler des choix éclairés, un certain nombre de politiques britanniques visent expressément l'information autonome des usager.e.s. Le site NHS Choices centralise ainsi un grand nombre d'explications sur les pathologies et sur les parcours de soins possibles (Coulter, Edwards, Elwyn et Thomson, 2011). Les protocoles de soins s'appuient généralement sur des outils d'aide à la décision destinés aux usager.e.s, répertoriant les options thérapeutiques disponibles, leurs risques et bénéfices associés, sous la forme de dépliants ou d'outils en ligne basés sur des questionnaires individuels (Kenny *et al.*, 1998 ; Wong, Thornton, Gbolade et Bekker, 2006 ; Emmett *et al.*, 2007 ; Lenz, Kasper et Mühlhauser, 2009 ; Bhavnani et Fisher, 2010 ; Sivell *et al.*, 2012 ; Flynn *et al.*, 2013). Enfin, des programmes d'autonomisation ont été mis en place à destination des usager.e.s concerné.e.s par des pathologies chroniques. À titre d'exemple, le programme "Expert patient" du NHS propose des cours sur six semaines permettant d'apprendre à gérer une maladie chronique selon les termes suivants : *"Beaucoup*

²⁸⁵ General Medical Council, *Seeking patients' consent : the ethical consideration*, 1998, p. 5

²⁸⁶ Cf. Chapitre 7, I, 2. Les fonctions disciplinaires médicales en France et en Angleterre

de médecins généralistes qui s'occupent de personnes ayant une maladie chronique disent que le ou la patient.e comprend la maladie souvent mieux qu'eux-mêmes. Cela n'est pas surprenant - beaucoup de patient.e.s deviennent des expert.e.s en apprenant à gérer leurs maladies chroniques. Il est prouvé qu'avec un soutien approprié, ces personnes peuvent prendre les commandes de la gestion de leur maladie. Cela améliore leur santé, leur qualité de vie et réduit leurs limitations physiques."²⁸⁷ La forte sollicitation des infirmier.e.s dans le secteur des soins primaires se traduit notamment par l'existence de consultations d'information thérapeutique, permettant de passer en revue les connaissances et traitements disponibles relatifs à une pathologie (Walker *et al.*, 2002 ; Neylon, 2015 ; Grindrod, 2015). Les infirmier.e.s jouent ainsi le rôle d'éducateur/trice en santé, un travail qui renforce la capacité ultérieure des usager.e.s à participer aux décisions de soins (Fournier et Kerzanet, 2007). Enfin, la prise de décision partagée est encouragée dans le cadre du paiement à la performance britannique : la proportion d'usager.e.s ayant bénéficié d'aide à la décision (information orale, dépliants, information sur les risques) et ayant ressenti qu'il leur était possible de participer à la décision et de formuler des choix informés est mesurée à l'aide d'enquêtes annuelles de satisfaction, conduites aux niveaux local et national. Ces résultats sont par la suite comptabilisés dans le calcul de la rémunération du cabinet²⁸⁸.

Ces différents éléments participent à une politique de mise à disposition des informations auprès des usager.e.s afin d'encourager leur autonomie décisionnelle, les stratégies préventives et la maîtrise des coûts du système de santé (notamment lorsqu'il est considéré que des opérations chirurgicales inutiles sont choisies par manque d'information). Les équivalents français à ce type de programmes ou pratiques médicales ne sont pas aussi diffusés ni structurés, du fait de la fragmentation des responsabilités et des secteurs. Les sites d'information médicale sont moins repérables et plus disséminés entre le site de l'Assurance Maladie, les fiches informatives à destination des usager.e.s produites par la Haute Autorité de Santé et l'Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé, les sites des mutuelles, des assurances, et les sites associatifs et privés. Les programmes d'aide à la gestion des maladies chroniques sont développés sous le label d'"éducation thérapeutique", relativement éloigné de la notion d'expertise des usager.e.s (Tubiana-Rufi, 2009 ; Fave *et al.*,

²⁸⁷ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/expert-patients-programme.aspx>, consulté le 24 février 2016

²⁸⁸ <http://www.nice.org.uk/guidance/qs15/chapter/Quality-statement-6-Shared-decision-making>, consulté le 26 février 2016

2014 ; Martin, 2014)²⁸⁹. Bien que régulés par les agences régionales de santé, ils ne sont mis en place qu'à l'initiative de soignant.e.s ou d'équipes médicales²⁹⁰, et non par les autorités de santé, à l'exception du programme Sophia d'accompagnement en ligne des personnes atteintes de diabète ou d'asthme²⁹¹. Enfin, sur le plan organisationnel, la plus grande autonomie professionnelle des médecins a pour conséquence une faible adhésion aux protocoles préconisés par les recommandations de bonnes pratiques²⁹², notamment en termes de choix des usager.e.s.

b. Les politiques nationales du choix informé : évaluer les fournisseurs de soins

Au-delà de l'accès aux informations sur leur état de santé, l'autonomie des usager.e.s est favorisée par leurs connaissances sur le système de santé. Afin de formuler des choix éclairés en matière d'orientation (au sein des différents établissements de soins), de parcours de soins, et de professionnel.le.s consulté.e.s, les usager.e.s ont besoin d'informations sur les options existantes et sur les performances sanitaires des différents acteurs impliqués.

Les deux pays ont adopté, au sein de leur système de santé, des approches assez différentes du choix des usager.e.s. En France, le principe du libre choix du praticien a été inscrit dans le Code de la santé publique²⁹³ et le Code de la Sécurité sociale²⁹⁴ et est traditionnellement très valorisé par les professionnel.le.s (Hassenteufel, 2008), même si ce principe a été partiellement²⁹⁵ aménagé par la mise en place du/de la médecin référent.e en 2004. En Angleterre, les usager.e.s ont longtemps été inscrit.e.s d'office, en fonction de leur lieu de résidence, auprès d'un.e médecin généraliste qui constituait la première étape de tout parcours de soins. Les politiques de mise en concurrence des soignant.e.s développées par les gouvernements conservateurs ont modifié cette organisation de départ en mettant l'accent sur la possibilité de choix. Le changement de médecin généraliste a été facilité et il n'est aujourd'hui limité que par la capacité de prise en charge de nouveaux patient.e.s et par un

²⁸⁹ Batlle Caroline *et al.*, « Éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque en milieu libéral: évaluation à 1 an chez 81 patients », *La Revue du praticien*, vol. 64, n° 2, p. 179-181, 2014

²⁹⁰ Le rapport du Haut Conseil de la santé publique souligne que ces initiatives sont peu valorisées par le système du paiement à l'acte français et qu'elles dépendent donc fortement de la motivation intrinsèque des équipes soignantes. Haut Conseil de la Santé Publique, *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*, 2009

²⁹¹ Beylot Gérald, « Sophia, du disease management à la française », *Actualités Pharmaceutiques*, vol. 52, n° 29, p. 53-54, 2013.

²⁹² Cf. Chapitre 7. II. 2. Le droit à des soins de qualité : le contrôle de l'application des recommandations cliniques

²⁹³ Articles L. 1110-8 et L. 3211-1

²⁹⁴ Article L. 162-2

²⁹⁵ L'accès à plusieurs spécialités médicales reste possible en accès direct, et la consultation de plusieurs médecins généralistes est aussi possible, moyennant une contribution financière des usager.e.s.

délai de 6 mois minimum entre chaque changement. L'inscription des usager.e.s auprès d'un cabinet et non plus auprès d'un.e professionnel.le en particulier permet également une plus grande souplesse, dans la mesure où la majorité des praticien.ne.s travaillent en collaboration avec plusieurs autres collègues (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009). Le choix a également été encouragé dans le domaine des soins secondaires, les praticien.ne.s ayant depuis 2005 l'obligation de proposer plusieurs alternatives aux usager.e.s qui doivent être référé.e.s auprès de spécialistes ou d'hôpitaux (Calnan et Rowe, 2008). C'est notamment dans cette perspective de choix que les politiques d'évaluation et de mise à disposition des données sur les établissements de soins se sont développées. Il a été considéré que le choix d'un cabinet de médecine générale ou d'un hôpital ne pouvait être fait qu'en présence de données de performances et de satisfaction des usager.e.s, données rendues disponibles par les politiques d'accroissement de l'*accountability* des professionnel.le.s.

Au Royaume-Uni, l'activité du NHS s'organise, comme l'ensemble des services publics, selon ce concept d'*accountability*, que l'on peut traduire par responsabilité ou redevabilité des services publics. Les services financés par les contribuables doivent ainsi rendre des comptes auprès d'autorités publiques mais aussi auprès des citoyen.ne.s, quant à leur utilisation des ressources, leurs performances, le caractère démocratique de leurs décisions, etc. Dans le domaine des soins primaires par exemple, les groupements de soins primaires doivent rendre des comptes aux autorités sanitaires locales quant à la qualité de leur gestion des besoins de la zone géographique dont ils sont responsables, auprès de la *Care Quality Commission* quant à la qualité des services fournis, auprès de l'*Audit Commission* quant à leur usage des ressources, et aux organismes représentant les usager.e.s, quant à la satisfaction et l'implication des usager.e.s²⁹⁶. En plus de ces responsabilités au sein du groupement de soins primaires auquel elles et ils appartiennent, les professionnel.le.s doivent rendre des compte sur la qualité de leurs pratiques médicales, tant d'un point de vue clinique (paiement à la performance) que relationnel, *via* la prise en compte de la satisfaction des usager.e.s dans l'évaluation des professionnel.le.s²⁹⁷ et dans le cadre des "enquêtes patients" conduites annuellement depuis 2002 dans les hôpitaux (Reeves et Seccombe, 2008) et en médecine générale²⁹⁸. Ce mode de gestion des services publics implique une forte érosion de

²⁹⁶ Maybin Jo, Addicott Rachael, Dixon Anna et Storey John, 2011, *Accountability in the NHS: Implications of the Government's Reform Programme*, London, The King's Fund, p. 10. En ligne : <http://www.kingsfund.org.uk/publications/index.html> [Consulté le : 25 février 2016].

²⁹⁷ Cf. Chapitre 7. II. 1. Le droit à des professionnel.le.s compétent.e.s : le contrôle de la formation continue

²⁹⁸ Ces enquêtes sont supervisées par la *Care Quality Commission*. En médecine générale, elles donnent lieu à des retours individualisés auprès de chaque cabinet, et peuvent influencer les choix d'inspection de la

l'autonomie médicale et un renversement des hiérarchies traditionnelles : les professionnel.le.s sont perçu.e.s comme des agents d'un service public qui doivent rendre des comptes sur leur activité aux contribuables qui financent le système. La redevabilité des services publics se traduit concrètement par la production de rapports publics auprès des autorités de contrôle et plus généralement par la production de données d'activité au niveau des groupements de soins primaires, des hôpitaux et des cabinets (Lanier, Roland, Burstin et Knottnerus, 2003). Les politiques d'*accountability* tendent donc à renforcer la production et la circulation de données de performance. Dans le contexte britannique, cette production des données est facilitée par le développement de systèmes informatisés homogènes sur le territoire (Takian et Cornford, 2012), et de l'enregistrement des données dans le cadre du dispositif de paiement à la performance.

Ainsi, pour les soins secondaires, les évaluations annuelles réalisées par la *Care Quality Commission* donnent lieu à des publications sur la base desquelles les usager.e.s peuvent choisir leur lieu de soins (Bras et Duhamel, 2010, 43). Ces évaluations permettent de mettre en avant la qualité de certains établissements mais aussi d'encourager l'amélioration des services défaillants²⁹⁹.

Ces informations sont disponibles sur le site NHS Choices. Depuis 2009, le site publie également des données de performance sur les cabinets de soins primaires. Les informations disponibles en ligne comprennent le nom et le numéro de licence de tou.te.s les membres du personnel, les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des usager.e.s et les performances du cabinet dans une quinzaine de domaines sanitaires et organisationnels (par exemple : choix du/de la médecin consulté.e, taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, traitement de l'asthme...). Un comparateur en ligne est disponible par région. NHS Choices offre également la possibilité aux usager.e.s de noter leur cabinet et de laisser des commentaires, auxquels les cabinets peuvent répondre (Greaves, Millett et Nuki, 2014). Ces évaluations par les usager.e.s sont prises en compte par des études tentant de les utiliser comme indicateurs dans l'élaboration des politiques de santé (Greaves *et al.*, 2012). Les données de NHS Choices pour les soins primaires concernent les cabinets et non les praticien.ne.s individuel.le.s. Il existe cependant plusieurs sites internet privés, qui permettent l'évaluation (notes et commentaires)

commission (<http://www.cqc.org.uk/content/monitoring-gp-practices>) ainsi que la rémunération à la performance des cabinets (Roland *et al.*, 2009).

²⁹⁹"Il y a également des mécanismes pour nommer et pointer du doigt les mauvaises performances à travers la publication des notes attribuées aux hôpitaux, aux services et dans certains cas à des médecins individuels." (Allsop, 2006, 448).

des médecins à titre individuel³⁰⁰. Les collègues de spécialités suivent cette dynamique avec par exemple la publication par la *Society of Cardiothoracic Surgeons* des résultats chirurgicaux de chaque chirurgien.ne depuis 2004 (Keogh *et al.*, 2004), soit dix ans avant que cette publication ne devienne obligatoire³⁰¹ : depuis 2013, les performances des chirurgien.ne.s sont publiées de manière nominale sur NHS Choices, à partir des audits hospitaliers, par exemple en matière de mortalité en référence à des données de moyenne.

Cette accessibilité des données de performance se double d'une transparence disciplinaire. Depuis 2005, le General Medical Council met en ligne le registre des praticien.ne.s en droit d'exercer, avec des informations spécifiques sur la validité de leur renouvellement de licence, et leur formation³⁰². Les revenus des praticien.ne.s font également l'objet d'une publication obligatoire sur le site de leur cabinet depuis 2015³⁰³.

Cette politique de circulation des informations s'inscrit dans une double ambition d'accroître la redevabilité des professionnel.le.s et les possibilités de choix des usager.e.s.

Ce type de mise à disposition d'informations n'existe pas en France. Le site de l'Assurance Maladie Ameli-Direct inclut un répertoire de praticien.ne.s, spécifiant leurs coordonnées et parfois leurs honoraires. L'affichage des tarifs pratiqués, essentiel pour permettre aux usager.e.s de choisir des offres de soins qui leur sont accessibles, demeure incomplet en ligne, comme dans les cabinets, malgré l'obligation légale des praticien.ne.s en la matière³⁰⁴. Le site de l'Assurance Maladie ne propose pas de possibilité de commentaires ou de notation, ni d'information sur la formation des professionnel.le.s ou sur les résultats sanitaires de leurs cabinets. Les performances sanitaires des cabinets ne peuvent être évaluées faute de données complètes sur les diagnostics et la patientèle³⁰⁵, et les données disponibles ne sont pas accessibles au public, ni même à des institutions sanitaires comme la Haute Autorité de Santé

³⁰⁰ Voir par exemple ratemds.com, Angie's List, ou iwantgreatcare.org. Bacon Neil, « Will doctor rating sites improve standards of care? Yes », *BMJ*, vol. 338, p. b1030, 2009.

³⁰¹ NHS England, *Putting Patients First : The NHS England business plan for 2013/14 – 2015/16*, 2013

³⁰² Les informations mises à disposition comprennent également les jugements et les résultats des investigations du GMC, sur des questions de compétences professionnelles mais aussi sur des comportements privés qui portent atteinte à la réputation de la profession et à la confiance du public, comme le fait d'avoir consommé du cannabis ou de l'alcool au volant. Les cas publiés sur le site du GMC montrent que ces comportements font généralement l'objet d'un avertissement qui figure sur le répertoire national des praticien.ne.s médicaux, accessible aux usager.e.s.

³⁰³ *General practice contract 2015-2016* (<http://www.bma.org.uk/support-at-work/gp-practices/publication-of-nhs-payments-to-general-practice>)

³⁰⁴ *En ville, en revanche, les efforts pour l'information des patients reposent trop souvent sur la volonté des médecins. Or, ils apparaissent timorés dans l'exécution de leur obligation d'information. Ainsi, l'affichage des tarifs, pourtant obligatoire, n'est opérationnel que dans la moitié des cabinets médicaux, sans susciter de réaction de la part des autorités de contrôle ou des ordres professionnels.* Conférence Nationale de la Santé, *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*, 2009, p.13

³⁰⁵ Pierre-Louis Bras, *Rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013

ou l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (Briatte et Goëta, 2014). Par ailleurs, l'évaluation par les usager.e.s se heurte à la réglementation légale des données individuelles et à l'opposition des médecins. La réglementation française relative à la protection des données personnelles soumet la mise en ligne de sites d'évaluation à un certain nombre de règles en matière de droits d'accès et de rectification, selon lesquelles toute personne qui ne serait pas satisfaite des commentaires ou notes attribuées pourrait demander le retrait de ces données (Article R625-10 du Code Pénal). L'évaluation par cabinet de groupe, qui permet d'éviter l'écueil des critiques et commentaires nominaux, n'est pas pertinente en France où ce type d'exercice de la médecine est minoritaire (Audric, 2012). Par ailleurs, la réglementation commerciale de l'exercice de la médecine interdit la publicité et encadre fortement les informations que les praticien.ne.s ont le droit de mentionner lorsque leur identité professionnelle est affichée (articles 19, 20 et 80 du Code de Déontologie)³⁰⁶. C'est ce contexte juridique qui explique que le site Doctissimo, site d'information mais surtout de communication entre usager.e.s, interdit au sein de sa charte le fait de citer nominalement des praticien.ne.s dans les forums de discussion, qu'il s'agisse de les recommander ou au contraire de signaler des mauvaises pratiques (Touboul et Vercher, 2008). Au-delà des dispositions juridiques, la profession médicale semble dans son ensemble opposée au principe de notation par les usager.e.s. Les réactions des syndicats médicaux et du CNOM face à des initiatives privées sont généralement négatives. En 2008, l'annonce de la mise en ligne du site note2bib.com, pensé comme une plateforme de notation des professionnel.le.s de santé par les usager.e.s, a suscité plusieurs prises de position critiques de la part des organisations professionnelles³⁰⁷. Dans un communiqué du 6 mars 2008 intitulé "Le Buzz et le business", le CNOM déclare qu'il "*s'interroge quant à la validité et la pertinence de la notation qui serait annoncée faute de fondement sur des données sérieuses et une méthodologie rigoureuse*", en rappelant l'existence d'une autorégulation jugée suffisante³⁰⁸. La Confédération des Syndicats Médicaux Français a établi un communiqué de presse le 4 mars 2008 précisant: "*La CSMF, premier syndicat médical français, s'insurge contre ce type de procédé inspiré directement de la télé réalité. La CSMF rappelle que les médecins libéraux et la qualité de leur exercice sont soumis à des obligations d'évaluation et de formation continue que très peu de professions*

³⁰⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins, "Exercice de la médecine et internet", 30 juin 2000, <https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/exercicesurnet.pdf>

³⁰⁷ Philippe Crouzillacq, "Note2bib.com critiqué par l'Ordre des médecins", 7 mars 2008, (<http://www.01net.com/actualites/note2bib-com-critique-par-lordre-des-medecins-373151.html>), consulté le 21/12/2015)

³⁰⁸ <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-buzz-et-le-business-627>, consulté le 18/12/2015

connaissent en France. D'autre part, la relation du médecin avec son patient relève du colloque singulier et ne peut donc être, par définition, partagé publiquement. Enfin, seul le Conseil de l'Ordre des médecins est habilité à arbitrer les éventuels conflits pouvant survenir entre les patients et leurs médecins."³⁰⁹ Le site a fermé quelques jours après sa mise en ligne³¹⁰. Interrogé en 2015 sur l'existence d'une liste blanche de praticien.ne.s en gynécologie mise en ligne par des usager.e.s, le chef de service de la maternité des Diaconesses condamne l'initiative trop "subjective" et affirme "*Moi aussi je veux bien noter les patientes !*"³¹¹. La profession médicale française semble donc considérer l'évaluation par les usager.e.s inutile, voire illégitime, du fait de l'existence de procédures d'autorégulation professionnelle. L'expression des usager.e.s sur les performances médicales semble par ailleurs envisagée sous l'angle du conflit. La politique du choix du médecin, centrale dans la conception libérale de la médecine qui domine en France, se fonde donc sur un choix qui ne peut être éclairé par des évaluations réalisées par les autorités sanitaires ou à défaut formulées par les usager.e.s³¹².

Enfin, en matière de régulation professionnelle, contrairement au GMC, le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose un annuaire des praticien.ne.s inscrit.e.s au tableau de l'ordre, mais sans précision sur leur formation ou sur les procédures disciplinaires dans lesquelles elles et ils ont éventuellement été impliqué.e.s. Le statut des praticien.ne.s en matière de qualité des pratiques et de formations médicales, visible par le statut du renouvellement de licence dans le répertoire du GMC, n'est pas accessible aux usager.e.s français.es. Concernant l'évaluation des pratiques : "*En ville, c'est plutôt le refus de rendre visibles ceux qui, parmi les médecins, font l'effort de s'astreindre à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles qui empêche tout progrès. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins prend d'ailleurs motif de l'existence de l'article 80 du Code de déontologie pour s'opposer à ce que le patient dispose des informations à cet égard, comme de toute*

³⁰⁹ Communiqué de presse de la CSMF, 4 mars 2008

³¹⁰ Julien Damon, « La fièvre de l'évaluation », *Sciences humaines*, n° 208, 2009.

³¹¹ Alice Maruani, " « Tu connais un bon gynéco ? » Sinon, il y a un site pour ça", Rue89, 30 octobre 2015. (<http://rue89.nouvelobs.com/rue69/2015/10/30/connais-bon-gyneco-sinon-y-a-site-ca-261891>), consulté le 18/12/2015

³¹² Dans le domaine des soins secondaires, en revanche, la mise en place des procédures d'accréditation obligatoires pour les hôpitaux a conduit à l'élaboration d'indicateurs. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires rend obligatoire pour tous les établissements de santé la publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Le site officiel Scope Santé publie les résultats d'indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction des usager.e.s, mais comme l'a souligné Pierre Lascoumes, ces indicateurs sont processuels, c'est-à-dire relatifs à la mise en place de protocoles, et non relatifs aux résultats obtenus (Lascoumes, 2007, 142). Cet exemple témoigne cependant de la différence caractérisant la capacité de régulation des autorités publiques des secteurs public ou ambulatoire en France.

information à caractère comparatif."³¹³ Il n'y a pas non plus d'obligation de publication des revenus pour les professionnel.le.s français.es.

La reconnaissance des droits des usager.e.s à l'information et au consentement dans les deux pays se traduit donc par des politiques relativement contrastées. Au sein du NHS, il apparaît que cette protection légale est concrétisée par un certain nombre d'obligations, notamment en termes de promotion de la décision partagée, à l'égard des professionnel.le.s et des gestionnaires, quand la reconnaissance légale de ces droits en France ne s'accompagne pas de contrôle ou d'évaluation concrètes. La circulation de l'information sur les fournisseurs de soins, services ou professionnel.le.s, est également nationalement différenciée, la médecine ambulatoire française échappant à l'évaluation de ses performances cliniques et relationnelles. Ces différences sont à resituer dans le contexte d'approches nationales du choix des usager.e.s. En Angleterre, l'importance accordée aux choix individuels des usager.e.s en matière de soins a fait l'objet de critiques la qualifiant de réponse politique minimale aux problèmes de qualité : la capacité de choix pourrait être envisagée par les décideur/euses politiques comme une alternative suffisante pour les usager.e.s en cas d'insatisfaction, plutôt que d'assurer un standard de qualité sur l'ensemble du territoire. Or, tous les individus n'ont pas les mêmes possibilités d'exercer ce choix, notamment en termes de mobilité ou de connaissances (Forster et Gabe, 2008). Cette critique est formulée alors même que le système de soins britannique est soumis à de forts contrôles en matière de qualité, et que des efforts importants de mise à disposition des informations susceptibles d'éclairer le choix des usager.e.s sont entrepris par les autorités publiques. La focalisation politique sur le choix, soit la capacité individuelle d'éviter les professionnel.le.s ou les établissements considéré.e.s comme défaillant.e.s, domine largement le contexte français, sans que cette focalisation ne s'accompagne de politiques de mise à disposition des informations permettant l'exercice de ce choix, comme les rapports de satisfaction ou d'efficacité publiés pour chaque hôpital et chaque cabinet de soins primaires en Angleterre. La comparaison entre les deux pays montre

³¹³ Conférence Nationale de Santé, *Réduire les inégalités de santé... en renforçant la participation des usagers*, 2012, p. 14

L'article 80 précise les modalités d'inscription des médecins à un répertoire public : "*Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage du public, quel qu'en soit le support, sont : 1) ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ; 2) sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ; 3) la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification, les diplômes d'études spécialisées complémentaires et les capacités dont il est titulaire.*"

que l'approche française du choix peut constituer une réponse politique minimale aux enjeux de qualité, et ce sans compensation en termes d'information des usager.e.s.

Ces politiques nationales de circulation de l'information déterminent en partie l'expérience des usager.e.s au sein du système et leur capacité à exercer leur autonomie. En complément des questions d'information et de choix, l'expérience des usager.e.s dépend des normes professionnelles qui régissent l'exercice de la médecine, et de la manière dont les droits des usager.e.s sont pris en compte par les instances chargées de réguler la déontologie médicale et son application. Ces instances ont des missions différentes en France et en Angleterre, et accordent une place différente aux usager.e.s et aux responsabilités professionnelles.

2. Les fonctions disciplinaires médicales en France et en Angleterre

La reconnaissance légale des droits des usager.e.s en matière d'accès à l'information et de participation à la décision ne garantit pas la transformation immédiate des relations entre les usager.e.s d'une part, et les professionnel.le.s et les institutions sanitaires d'autre part³¹⁴. En matière de relations thérapeutiques, un élément déterminant est l'intégration de ces droits et de la nécessité de promouvoir l'autonomie des usager.e.s dans la déontologie professionnelle, afin que ces nouvelles modalités de soins soient intégrées aux pratiques.

En France comme en Angleterre, les règles de déontologie sont élaborées par des instances représentatives de la profession médicale, selon un dispositif d'autorégulation au cœur de l'autonomie professionnelle analysée par Eliot Freidson (Freidson, 1984). Le General Medical Council britannique a été créé avec l'octroi d'un monopole professionnel à la profession médicale en 1858. Le Conseil de l'Ordre des Médecins est né en 1941, suite à une demande émergeant des membres de la profession (Hassenteufel, 1997). Ces deux institutions ont en commun des fonctions administratives, d'inscription des praticien.ne.s au tableau médical et déontologiques, par la définition des règles de bonnes pratiques médicales. Elles sont également responsables de la régulation disciplinaire de la profession, notamment *via* la sanction des mauvaises pratiques médicales qui sont portées à leur connaissance, soit par des membres de la profession, soit par des usager.e.s, qui peuvent par ailleurs recourir à la justice civile, voire pénale, pour obtenir réparation. Les juridictions disciplinaires ont pour fonction la régulation des pratiques par les pairs, habilité.e.s à juger la pertinence d'un comportement professionnel au regard des normes et connaissances professionnelles. L'autorégulation de la profession, tant sur le plan déontologique que disciplinaire, reflète des représentations

³¹⁴ Claire Compagnon, Véronique Ghadi, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Ministère chargé de la santé, 2012, pp. 11-12

professionnelles déterminantes pour les relations entre les médecins et les usager.e.s. L'attitude des instances professionnelles vis-à-vis de l'autonomie des usager.e.s et des responsabilités professionnelles, ainsi que leur manière de gérer les plaintes et les conflits, jouent un rôle non négligeable dans la réalisation de rapports thérapeutiques plus égalitaires. Or, si le General Medical Council à sa création ressemblait, dans sa composition et son fonctionnement, au Conseil National de l'Ordre des Médecins français, des évolutions récentes l'en démarquent profondément, et induisent des régulations professionnelles contrastées.

a. Mission et identité des instances disciplinaires : de l'entre-soi médical français à la protection des usager.e.s britanniques

Le GMC britannique a connu, de la fin des années 1990 au début des années 2000, une importante crise de légitimité, dans le cadre de la médiatisation de scandales sanitaires (Jewell, 2005 ; Irvine, 2006). Ces scandales ont nourri une *"inquiétude publique croissante vis-à-vis de la prétention de la profession à une autodiscipline efficace, notamment en ce qui concerne les mauvaises pratiques médicales. [...] Les critiques généralisées ont assurément généré un fort degré d'autoexamination et un complexe professionnel."* (Elston, 1991, 79 - 81). Les conséquences politiques de l'affaire Harold Shipman notamment, un médecin généraliste coupable d'assassinats multiples, ont participé à un contexte favorable à une réforme profonde du GMC et de ses prérogatives (Case, 2011). Initiées en amont de ces scandales, les réformes du GMC ont été précipitées par des menaces de l'État vis-à-vis de l'autorégulation professionnelle (Harrison et Dowswell, 2002, 211).

Par contraste, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a actuellement une composition et des fonctions relativement similaires à celles décidées lors de sa création. Ni les contestations professionnelles de sa légitimité dans les années 1960 et 1970 (Jaunait, 2005), ni la réforme des statuts des usager.e.s dans les procédures disciplinaires en 2002³¹⁵, n'ont modifié sa composition ou ses compétences. Le CNOM demeure une instance caractérisée par une composition presque exclusivement médicale, au service de la profession, ce qui le distingue radicalement de son homologue britannique.

Le Conseil de l'Ordre des médecins fonctionne ainsi selon un principe d'entre-soi médical. Il est composé de 84 médecins élu.e.s par les membres des conseils de l'ordre locaux, elles et eux-mêmes élu.e.s par l'ensemble de la profession. À ces 84 médecins s'ajoutent un.e

³¹⁵Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

conseiller.e d'État nommé.e par la ou le Garde des Sceaux et un.e membre nommé.e par l'Académie de Médecine. En 2015, le Conseil National de l'Ordre des médecins est composé à 96 % d'hommes. Outre-Manche, l'entre-soi médical et la sélection élective des membres du GMC avaient déjà été aménagées au cours du XXe siècle : depuis 1926, une partie des membres du GMC est issue de la société civile, nommée par le *Privy Council*³¹⁶. Les réformes qui ont suivi l'affaire Shipman, visant le rétablissement de la confiance du public (Irvine, 2006 ; Case, 2011), ont mis un terme définitif à la domination professionnelle au sein du GMC : la proportion de profanes a graduellement été augmentée et le conseil est paritaire depuis 2008, avec 6 membres médecins et 6 membres profanes (dont 7 femmes en 2015). Ces membres issu.e.s de la société civile sont choisi.e.s pour leurs expériences en gestion financière, dans le secteur associatif ou en politiques publiques par exemple³¹⁷. La procédure de nomination par le *Privy Council* a entièrement remplacé le processus électif³¹⁸. Cette procédure de nomination, ainsi que l'obligation du GMC de produire un rapport d'activité annuel pour le Parlement, inscrivent cette institution dans un rapport de redevabilité vis-à-vis des député.e.s et entament l'autorégulation professionnelle. La nomination des membres ainsi que la présence de profanes au sein de cette institution sont justifiées par les autorités publiques par la nécessité de défendre les intérêts des usager.e.s.

En effet, la définition des missions de ces deux institutions diffère largement en ce qui concerne les intérêts de la profession médicale d'une part, et des usager.e.s d'autre part. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins est une instance professionnelle, qui en plus de ses fonctions déontologiques et administratives, arbitre les conflits interprofessionnels et les droits d'installation et remplit une mission d'entraide et de soutien aux praticien.ne.s. Il définit sa mission comme suit : "*Être au service des médecins dans l'intérêt des patients : c'est l'engagement de l'Ordre des médecins. Organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, l'Ordre défend l'honneur et l'indépendance de la profession médicale qu'il représente auprès de l'ensemble de la société française (pouvoirs publics, citoyens...)*"³¹⁹

³¹⁶ Le *Privy Council* est un conseil composé d'ancien.ne.s et d'actuel.le.s membres de la Chambre des Communes et de la Chambre des Lords auprès de la reine d'Angleterre. Il est en charge de fonctions exécutives et judiciaires relevant du pouvoir monarchique. Il est également en charge, indépendamment de la couronne, de la régulation administrative de certaines institutions publiques, comme le GMC.

³¹⁷ Voir la présentation des membres sur le site du GMC : <http://www.gmc-uk.org/about/council/members.asp>

³¹⁸ Les médecins élu.e.s étaient déjà en minorité avant cette réforme, car un certain nombre de membres étaient issu.e.s directement des organisations représentantes des spécialités comme la *British Medical Association* ou les collèges royaux.

³¹⁹ Site officiel du Conseil National de l'Ordre des Médecins, consulté en décembre 2015 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/qu-est-ce-que-l-ordre-1206>

Par contraste, les missions du GMC ont été progressivement réorientées vers la défense des usager.e.s : "Nous sommes une organisation indépendante qui participe à la protection des patient.e.s et à l'amélioration de la formation et des pratiques médicales au Royaume-Uni. [...] Nous fixons les standards que les médecins doivent suivre et nous assurons qu'elles et ils maintiennent ce niveau au cours de leurs carrières. Nous agissons pour empêcher un.e médecin de mettre en danger la sécurité des patient.e.s ou la confiance du public envers les médecins. Chaque patient.e devrait recevoir des soins de haute qualité. Notre rôle est de contribuer à cela en travaillant avec les médecins, leurs employeur/euse.s et leurs patient.e.s, afin d'assurer que la confiance qu'ont les patient.e.s envers leurs médecins est pleinement justifiée."³²⁰. L'activité de régulation majeure du GMC s'inscrit dans la surveillance des médecins au profit du public, et non dans la défense de la profession et son autorégulation. La mise en ligne du répertoire des professionnel.le.s depuis 2005, avec mention de la date d'obtention du diplôme et de renouvellement de licence, (un processus mis en place avec l'objectif de rétablir la confiance du public envers la profession), ainsi que d'éventuels événements liés à l'autorisation d'exercer (avertissements ou suspensions antérieures), s'inscrit dans cette mission de surveillance au service du public.

Ces différences dans l'appréhension de la mission des instances professionnelles sont perceptibles dans les codes de déontologie élaborés par chacune de ces institutions. En France, le code contient 47 articles sur 111 qui traitent de l'organisation commerciale de l'exercice médical (règlements tarifaires, interdiction de publicité, et gestion des relations de concurrence entre professionnel.le.s), ce qui est lié à la domination de la médecine libérale en France. Seuls 19 articles (17 %) sont consacrés aux obligations envers les usager.e.s et leurs familles. À l'inverse, le *Good Medical Practice* élaboré par le GMC contient trois articles qui font référence à une dimension commerciale : l'interdiction d'accepter des cadeaux de la part des usager.e.s (§80), l'obligation de déclarer des conflits d'intérêts (§79), et l'interdiction de laisser ses intérêts propres influencer ses relations avec les usager.e.s (§78) et se focalise sur le maintien de la "confiance" des usager.e.s, un terme absent du code de déontologie médicale français. Sur les 80 paragraphes qui le composent, 32 (40 %) sont consacrés aux obligations envers les usager.e.s et 21 (26 %) aux obligations professionnelles en matière de sécurité et de qualité des soins. L'appréhension britannique de la déontologie médicale s'inscrit dans les politiques d'*accountability* régissant le service public. En première page du *Good Medical*

³²⁰ Le *Medical Act 1983 (Amendment) Order* du 17 décembre 2002 spécifie : "L'objectif principal du General Council dans l'exercice de ses fonctions est de protéger, promouvoir et maintenir la santé et la sécurité du public". (S. 1(1A))

Practice, on peut ainsi lire : "Vous êtes personnellement responsable de votre pratique professionnelle et devez toujours vous tenir prêt.e à justifier vos décisions et vos actions". Les déontologies professionnelles nationales ont donc des domaines de régulation privilégiés différents, ce qui se manifeste également dans le champ de la régulation disciplinaire dont elles ont la charge. Les instances ordinales françaises exercent des fonctions disciplinaires relatives aux pratiques médicales en termes qualitatifs, mais aussi relatives aux enjeux de contractualisation, de concurrence, de publicité et de droit d'installation des professionnel.le.s et peuvent être saisies par les caisses d'assurance maladie pour juger des affaires concernant l'utilisation des ressources publiques (fautes, abus ou fraudes au titre des soins dispensés aux assurés sociaux)³²¹. Les instances professionnelles britanniques ne jugent que la qualité des pratiques médicales et les comportements susceptibles de nuire à la confiance du public envers la profession. Les modalités nationales de traitement des plaintes des usager.e.s renvoient également à des normes professionnelles contrastées en matière de relations entre les médecins et les patient.e.s.

b. Signaler des mauvaises pratiques : responsabilité de l'usager.e ou du système ?

Les procédures de signalement de mauvaises pratiques ou de plainte par les usager.e.s sont prises en charge très différemment par les deux institutions en fonction de leurs orientations prioritaires. En France, les processus disciplinaires ont été réformés par le décret du 25 mars 2007 faisant suite à la loi du 4 mars 2002, afin d'accorder une plus grande place aux plaignant.e.s. Auparavant, les usager.e.s pouvaient porter plainte auprès d'un Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), qui transmettait ensuite la plainte à une cour régionale ordinaire. L'instruction de la plainte était ensuite emblématique de l'entre-soi professionnel, le ou la plaignant.e n'ayant le droit de comparaître qu'en tant que témoin, et n'ayant pas accès aux comptes-rendus d'audience et de jugement, ni au droit de faire appel. La loi de 2002 a modifié la place des usager.e.s au sein de ce système. Depuis 2007, les usager.e.s peuvent se constituer partie d'instructions contradictoires, et peuvent donc être plus impliqués.e.s dans le traitement de leurs plaintes. Elles et ils ont accès aux pièces versées au dossier par le ou la professionnel.le concerné.e, peuvent assister à l'audience et faire appel de la décision. La plainte doit d'abord être adressée au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dont dépend le ou la praticien.ne concerné.e. Le CDOM engage des actions de

³²¹ Le jugement des affaires relatives à la Sécurité Sociale est assuré par une chambre composée pour moitié de médecins conseiller.e.s de l'Ordre et pour moitié de représentant.e.s de l'Assurance Maladie. Il ne relève donc pas exclusivement des instances ordinales même s'il se déroule en son sein.

conciliation, et si elles échouent, transmet la plainte, en s'y associant ou non, à une Chambre Disciplinaire de Première Instance, de niveau régional. Les juridictions disciplinaires ont été séparées formellement des instances ordinaires, ce n'est donc pas une instance ordinaire qui juge mais une chambre présidée par un.e magistrat.e du Tribunal Administratif nommé.e par le Conseil d'État et composée de médecins élu.e.s : le collège interne est composé de membres élu.e.s parmi les conseillers du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et le collège externe de membres élu.e.s parmi les membres des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins. Le traitement des plaintes par ces instances consiste en l'évaluation des pratiques médicales concernées au regard des dispositions du Code de déontologie, afin de déterminer si le comportement professionnel s'en est écarté. Le traitement des mauvaises pratiques dénoncées par des usager.e.s est donc individuel et ponctuel, l'instruction portant sur le cas mis en évidence par le ou la plaignant.e, sur la seule base des pièces versées au dossier par les deux parties. Ces procédures disciplinaires peuvent donner lieu à des sanctions, allant de l'avertissement à la suspension temporaire, jusqu'à la radiation du registre médical, et toutes les parties peuvent faire appel de la décision auprès du CNOM. Si la plainte est rejetée, les plaignant.e.s peuvent éventuellement se voir infliger une amende pour requête abusive pouvant atteindre 3000 euros³²². Les audiences sont publiques sauf décision du ou de la magistrat.e. Les décisions de la chambre disciplinaire sont notifiées aux parties, mais pas au public : les jugements consultables sur les sites internet des instances ordinaires sont anonymisés.

Le système d'évaluation des pratiques suite à une plainte en Angleterre est sensiblement différent dans sa dynamique comme dans son étendue. La possibilité de signaler des mauvaises pratiques est encadrée au sein du NHS par un dispositif complexe et multi niveaux. Les établissements de soins ont l'obligation depuis 1985 de mettre en place des dispositifs de réception et de traitements des plaintes, et d'en informer les usager.e.s. (*Hospital Complaints Procedure Act*). Cette obligation a été étendue aux centres de santé et aux cabinets de médecine générale en 1996. La législation de 1996 avait notamment pour but de mettre un terme à une régulation visant la sanction, au profit de procédures permettant d'intégrer les plaintes dans un processus d'amélioration des services, et de satisfaire les plaignant.e.s (Hogg, 1999, 33). Plusieurs étapes de traitement sont prévues : une tentative de résolution directe entre les plaignant.e.s et le service en question, une demande d'investigation

³²²Article R. 4126-31 du Code de la santé publique faisant référence à l'application de l'article R. 741-12 du Code de justice administrative : "Le juge peut infliger à l'auteur d'une requête qu'il estime abusive une amende dont le montant ne peut excéder 3000 euros."

indépendante si l'usager.e est insatisfait.e de cette résolution et enfin, la saisie du "médiateur" (Parliamentary and Health Service Ombudsman), en charge de la prise en charge de toutes les plaintes irrésolues vis-à-vis de services publics. Les usager.e.s peuvent être soutenu.e.s dans leurs démarches par un organisme statutaire de représentation des usager.e.s, *Healthwatch* ou par des organisations indépendantes réparties sur le territoire : *NHS Complaints Advocacy Service*, *VoiceAbility*, *SeAp*, *PowHer*, référencées sur le site du médiateur³²³. Lorsque les mauvaises pratiques sont le fait d'un.e professionnel.le en particulier, par opposition à un établissement de soin, les usager.e.s peuvent le signaler au GMC, qui déploie alors un dispositif d'investigation complexe qui recouvre plusieurs cas de figure. Des équipes spécialisées composées d'évaluateurs médicaux et de profanes peuvent procéder à l'évaluation de l'activité médicale : visite au cabinet, entretien avec le ou la professionnel.le et avec des tiers comme les usager.e.s ou les collègues, étude des dossiers médicaux, observation de consultation et discussion sur cas pratiques. En cas de doutes sur les compétences professionnelles, le GMC organise des évaluations (tests écrits, simulation de consultation...) en collaboration avec le Centre Académique de la Formation Médicale.

Ces investigations peuvent se conclure par quatre cas de figure différents : la prononciation d'un non-lieu, la formulation d'un avertissement (visible pendant 5 ans sur le répertoire professionnel exhaustif en ligne du GMC, et à vie pour les employeurs) ou la négociation d'engagements sur la base de l'investigation : limitation de l'exercice médical autorisé, supervision extérieure de la pratique médicale ou suivi obligatoire de formations spécifiques. Les décisions prises par le GMC sont publiques, nominatives et accessibles sur son site internet. Si les faits investigués apparaissent suffisamment graves pour mettre en doute la capacité du ou de la professionnel.le à exercer ses fonctions, le GMC opère un transfert du dossier au *Medical Practitioners Tribunal Service* (MTPS).

Le MTPS est un organe disciplinaire distinct du GMC créé en 2011, afin de séparer les fonctions d'investigation et de discipline (Pearl, 2015). Les pouvoirs de suspension ou d'aménagement de la licence d'exercice lui reviennent. Les sanctions peuvent être prononcées à l'égard d'un.e praticien.ne à l'issue d'une procédure disciplinaire instruite par des "panels", composés de trois membres dont au moins un.e médecin et au moins une personne profane n'ayant jamais exercé de fonction médicale. Les profanes sont recruté.e.s avec une prise en compte des rapports sociaux (la présence de femmes et de personnes appartenant à des minorités ethniques est encouragée), et sont formé.e.s et retribué.e.s à la journée pour leur

³²³<http://www.ombudsman.org.uk/make-a-complaint>, consulté le 25 janvier 2016

participation. La plupart des audiences sont ouvertes au public, à l'exception de celles qui concernent la santé du praticien.ne ou pour les audiences visant le droit d'exercice durant l'investigation (*Interim Orders Panels*). Les plaignant.e.s ne sont pas directement impliqué.e.s, même si elles ou ils peuvent être invité.e.s à témoigner et elles ou ils n'ont pas la capacité de faire appel des décisions. Le système britannique limite donc la marge de manœuvre des usager.e.s. Cette limitation du pouvoir direct des usager.e.s est contrebalancée par la possibilité de recourir à une institution indépendante, le *Council for Healthcare Regulatory Excellence*, qui passe en revue tous les jugements en internes (notamment la décision de ne pas porter l'affaire devant le MPTS) ainsi que les jugements formulés par le MPTS et peut éventuellement rouvrir les dossiers pour lesquels le jugement est considéré laxiste (Chamberlain, 2011). Cette institution a également la capacité de rouvrir une procédure si elle est saisie par un.e usager.e. La limitation du pouvoir effectif des plaignant.e.s est également contrebalancée par l'architecture du système, fondée sur une représentation des profanes à tous les niveaux, et orientée vers la défense d'un.e usager.e universel.le. Les jugements des panels sont publiés sur le site internet du MPTS, en mentionnant le nom des praticien.ne.s mais en anonymisant les plaignant.e.s. Les jugements en défaveur des praticien.ne.s sont également visibles sur le répertoire professionnel du GMC. Les professionnel.le.s britanniques sont ainsi soumis.es à un degré de surveillance considérablement plus élevé que leurs homologues français, qui ne vise pas la défense de "*l'honneur et de la probité de la profession*" mais celle de la sécurité des soins et des usager.e.s.

Les dispositifs de signalement des mauvaises pratiques dans les deux pays soulignent des différences dans le degré d'autonomie de la profession médicale dans son activité et dans sa régulation, mais aussi la place différentielle accordée aux usager.e.s dans les procédures et dans la définition même des missions des instances disciplinaires médicales. Ces différences se manifestent également dans la dynamique des procédures d'investigation : le dispositif français est réactif, avec des investigations *a posteriori* initiées par les plaintes déposées. Le système anglais ajoute aux procédures réactives un dispositif proactif, *via* les procédures de renouvellement de licence qui donne lieu à une évaluation quinquennale de l'activité médicale individuelle, portant sur les compétences, la relation avec les usager.e.s mais aussi la manière dont les plaintes adressées au cabinet ont été prises en charge et ont modifié l'activité professionnelle³²⁴. Le GMC et les instances responsables de l'évaluation prennent ainsi en

³²⁴ Cf. Chapitre 7, II. 1. Le droit à des professionnel.le.s compétent.e.s: le contrôle de la formation continue

charge la responsabilité d'évaluer les pratiques et d'assurer la qualité des soins pour tou.te.s les usager.e.s. À l'inverse, les usager.e.s français.es sont individuellement responsabilisé.e.s : ils ou elles peuvent décider de porter plainte mais doivent rendre personnellement compte des mauvaises pratiques face à un tribunal de médecins. Or, la perception du préjudice et le recours aux dispositifs de plaintes sont des phénomènes inégalement distribués au sein des populations, d'importantes inégalités sociales étant visibles dans le sentiment de légitimité nécessaire à l'action en justice, et ce d'autant plus dans le cadre de relations médicales asymétriques (Barbot, Winance et Parizot, 2015). Les investigations globales et *a priori* mises en place au sein du système britannique offrent une alternative à un dispositif réactif très sensible à ces variations sociales.

Les identités et missions des instances professionnelles médicales en France et en Angleterre, tout comme les législations et les politiques publiques nationales, organisent donc différemment la protection des droits des usager.e.s et l'interaction médicale. Les enjeux de responsabilité diffèrent d'un pays à l'autre, notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité des soins dispensés et du respect des droits des usager.e.s : en Angleterre, les instances professionnelles mais aussi les administrations régulant le NHS assument des responsabilités légales qui les encouragent à organiser le contrôle du respect de standards qualitatifs cliniques et relationnels. En France, aucune institution n'a la responsabilité de la réalisation des droits des usager.e.s, en dehors de leur statut de norme légale en cas de contentieux. Les missions du CNOM comportent un important versant lié à l'organisation commerciale de la médecine, et ne sont donc pas focalisées sur la qualité des soins et de l'interaction médicale, et l'organisation des procédures disciplinaires consacre un entre-soi médical peu propice au degré de contrôle exercé par le GMC britannique. Ces différences soulignent des contrastes en matière d'appréhension des systèmes nationaux de soins. En Angleterre, le NHS est perçu comme un service public redevable auprès des citoyen.ne.s de la qualité des services fournis et de l'usage efficient des ressources qui lui sont confiées. Cette conception renforce à la fois la légitimité des droits des usager.e.s et celle des contrôles exercés sur les agents du service public. En France, malgré la reconnaissance, notamment par le CNOM (Jaunait, 2005, 176), du caractère de "service public" conféré à la médecine par la prise en charge publique de ses coûts, les médecins ne sont pas considéré.e.s comme des agents publics susceptibles d'être soumis.e.s à des évaluations et à une régulation publique. L'autorégulation de la profession médicale demeure acceptable, ce qui réduit la légitimité d'un regard extérieur, qu'il émane des autorités publiques ou des profanes.

Cette différence de conception du service public de santé se perçoit également dans le domaine de la participation directe des usager.e.s à la gouvernance du système de soins. La démocratie sanitaire, en développement depuis les années 1970 en Angleterre et les années 1990 en France prend donc des formes variables d'un pays à l'autre, en fonction des rapports de force entre la profession médicale et les autorités publiques.

3. La variabilité nationale de la démocratie sanitaire

La notion de démocratie sanitaire recouvre le principe de participation des usager.e.s aux décisions de gouvernance des systèmes de soins. Ce principe s'est développé dans les démocraties occidentales sous l'influence de deux processus : d'une part, l'émergence des droits des usager.e.s, et notamment de la figure de patient.e.s expert.e.s capables de contribuer à un développement des services orienté sur les préférences des usager.e.s. D'autre part, le développement de la démocratie participative, fondée sur la consultation des citoyen.ne.s dans l'élaboration et la mise en place de politiques publiques (Maudet, 2002), a encouragé une application de ces principes au domaine sanitaire (Brocas et Le Coz, 2000 ; Tabuteau, 2008). En Angleterre, la participation des usager.e.s à la gouvernance du système de santé a été initiée dans les années 1970, avec le développement d'assemblées locales citoyennes associées aux décisions des autorités sanitaires locales³²⁵. En France, l'implication des usager.e.s a été initiée dans les années 1990 et se développe particulièrement depuis le début des années 2000. Les dispositifs nationaux ont connu de nombreuses évolutions depuis leurs développements initiaux et font l'objet de réformes régulières. À travers ces évolutions, des principes de fonctionnement nationalement différenciés peuvent être dégagés, qu'il s'agisse du statut des citoyen.ne.s participant à la gouvernance sanitaire ou de l'équilibre des pouvoirs entre institutions publiques, médecins et usager.e.s.

L'objet de cette partie n'est pas de caractériser l'ensemble des modes de participation du public et leur impact réel sur l'organisation des systèmes de santé, mais de s'intéresser à la "démocratie sanitaire" telle qu'elle est conçue en France, et à "l'implication des usager.e.s et du public", telle qu'elle est conceptualisée en Angleterre, afin d'analyser la place accordée aux usager.e.s dans chaque système.

Les configurations nationales de la participation des usager.e.s à la gouvernance sanitaire renvoient aux rapports de force structurant les systèmes de soins. Les obligations légales de collaboration avec le public étant le plus souvent mises en place par les autorités publiques,

³²⁵S. Buckland, C. Lupton, G. Moon, *An Evaluation of the Role and Impact of Community Health Councils* (Report), Social Services Research and Information Unit, 1994

elles dépendent directement des capacités de régulation étatique du système de soins. En fonction des relations entre l'État et les acteurs du système, les politiques de participation des usager.e.s revêtent donc des formes plus ou moins institutionnalisées et extensives, révélatrices du statut des profanes au sein des systèmes de soins nationaux.

a. "The NHS belongs to us all" : le droit de regard des usager.e.s et des citoyen.ne.s britanniques sur le fonctionnement du NHS

Au Royaume-Uni, la participation des usager.e.s du système de soins à sa gouvernance est le fruit d'une tradition de plus d'une quarantaine d'années. La spécificité de la démocratie sanitaire britannique est d'une part, l'obligation légale d'implication des usager.e.s à tous les niveaux de décision qui la régit, et d'autre part, la prise en compte de plusieurs statuts de participation possibles pour les usager.e.s.

o Les statuts des usager.e.s dans la gouvernance

La participation profane à la gouvernance du système de santé est envisagée sous plusieurs angles : participer en tant que membre du public n'est pas équivalent à une participation en tant qu'usager.e ou encore en tant que personne concernée par une problématique ou une pathologie spécifiques (associations, patient.e.s et proches).

À titre d'exemple, le *National Institute for health and Care Excellence* (NICE), équivalent britannique de la Haute Autorité de Santé, a développé plusieurs politiques d'implication du public en fonction de ces différents statuts. Le comité de direction accueille deux profanes sur 15 membres (participation citoyenne). Chaque comité d'évaluation thématique inclut au moins trois personnes profanes participant au titre de leur expérience personnelle (participation en tant qu'usager.e). Ils s'appuient aussi sur des consultations citoyennes sur internet, au cours desquelles les associations de patient.e.s peuvent suggérer des modifications et des candidatures individuelles pour participer aux discussions du comité (participation associative et citoyenne). Par ailleurs, l'architecture globale de cette institution s'appuie sur un organe de participation citoyenne, le *Citizen Council*, une assemblée de 30 membres recruté.e.s par de larges campagnes de publicité, selon des quotas de représentativité. Le *Citizen Council* se prononce sur les valeurs générales à adopter au sein des comités d'évaluation et sur des thématiques précises³²⁶ par le biais de rapports, qui doivent être pris en compte par les comités d'évaluation. Les réunions des comités et du *Citizen Council* sont publiques et tous les rapports font l'objet d'une consultation publique numérique permettant

³²⁶ Pour des exemples précis de rapports du Citizen Council, voir <https://www.nice.org.uk/get-involved/citizens-council>

aux associations et aux individus de s'exprimer (participation associative et citoyenne). La prise en compte des différents statuts de participation du public possible mène donc au déploiement de plusieurs dispositifs de recueil des opinions des citoyen.ne.s, des usager.e.s, et des associations (Kreis et Schmidt, 2013).

Comme l'exemple de l'implication du public au sein du NICE le suggère, les politiques participatives britanniques sont caractérisées par une préoccupation sur l'inclusion d'une diversité d'usager.e.s et citoyen.ne.s, s'appuyant sur une conscience du déficit participatif qui caractérise souvent les populations les plus vulnérables (Blondiaux et Lévêque, 1999 ; Callaghan et Wistow, 2006 ; Martin, 2008). Des campagnes de communication et des méthodes d'inclusion fondées sur des quotas sont utilisées pour contrebalancer ce déficit. Cette volonté de diversification des participant.e.s à la démocratie sanitaire se traduit également par les possibilités de formation mises en place par les institutions et par la rémunération de l'investissement des profanes. Quel que soit le niveau de décision concerné, les usager.e.s qui participent à la gouvernance du NHS bénéficient tou.te.s d'un remboursement des frais occasionnés, qui couvre les transports, mais aussi les gardes d'enfants ou les prestations d'interprètes afin de garantir la participation d'un public diversifié³²⁷. L'engagement d'usager.e.s qui ne relève pas de la simple consultation, mais demande un investissement temporel conséquent (participation à la décision, participation à l'action, initiatives d'usager.e.s) fait l'objet d'une rémunération, qui doit être supérieure ou égale au salaire minimum³²⁸.

○ *Une participation profane obligatoire à tous les niveaux de décision*

Tous les organismes dépendant du NHS (les autorités sanitaires, les groupements de soins primaires, les hôpitaux) ont une obligation légale d'impliquer et de consulter les personnes auxquelles le service est destiné sur la planification des services, sur toute proposition de changement, et préalablement à toute modification du service³²⁹. Ces organismes sont également tenus légalement de démontrer la prise en compte des résultats de ces consultations dans la planification et la délivrance des services, *via* la publication de rapports dédiés³³⁰.

³²⁷ Le rapport du Ministère de la Santé invite les professionnel.le.s à prendre en compte l'impact des remboursements et des rémunérations sur les allocations sociales des usager.e.s qui en bénéficient, et de privilégier les modes de prise en charge qui n'influencent pas le niveau de leurs allocations. Department of Health, *Reward and Recognition - The principles and practice of service user payment and reimbursement in health and social care A guide for service providers, service users and carers*, 2006

³²⁸ Department of Health, *Reward and Recognition - The principles and practice of service user payment and reimbursement in health and social care A guide for service providers, service users and carers*, 2006

³²⁹ *Health and Social Care Act*, 2001, S.11 1-2

³³⁰ Department of Health, *Real accountability: guidance on the NHS duty to report on consultation*, 2009

Au niveau national, ces obligations se traduisent par exemple par la réalisation par *NHS England* d'enquêtes régulières sur des aspects organisationnels et de prise en charge, *via* des campagnes de communication, des forums et des réunions publiques, et la mise en place de sites internet dédiés visant à informer et recueillir les opinions du public (généralement par email). Par ailleurs, depuis 2013, un important programme de consultation est développé par *NHS England* avec un budget d'un million de livres, *NHS Citizen*, afin d'institutionnaliser ces consultations nationales. Ce programme se décompose en plusieurs dispositifs de consultation (*Discover*) et de signalement par les usager.e.s de situations nécessitant des réformes (*Gather*). Les sujets de discussion qui émergent grâce à ces dispositifs sont ensuite soumis à des délibérations ouvertes, avec la construction d'une bibliographie, puis renvoyés vers les instances décisionnelles adaptées (locales, régionales ou nationales). Les enjeux qui concernent le pilotage national du NHS sont discutés deux fois par an au sein d'une assemblée citoyenne, *NHS Citizen Assembly*. La composition de cette assemblée, renouvelée annuellement, est marquée par une volonté de représentativité : "*la sélection se déroule selon des critères d'inclusion spécifiques pour obtenir un équilibre en termes de genre, d'âge, de caractéristiques socio-économiques et ethniques et de handicap*"³³¹. Ce programme permet d'envisager une orientation des politiques publiques par les citoyen.ne.s sur une base routinière, au lieu de consultations nationales ponctuelles et sélectives vis-à-vis des participant.e.s.

La participation des citoyen.ne.s à la gouvernance du NHS est complétée par la prise en compte des opinions des usager.e.s. Plusieurs dispositifs de forums de patient.e.s ont été mis en place depuis les années 1970 : ces conseils représentatifs ont pour mission principale d'assurer l'interface entre les groupements de soins primaires, les autorités locales et les hôpitaux d'une part, et les usager.e.s d'autre part. Ils doivent ainsi accompagner les usager.e.s qui le souhaitent dans leurs parcours de soins, recueillir leurs plaintes et suggestions et les transmettre par le biais de rapports thématiques, auxquels les institutions concernées ont l'obligation de répondre sous vingt jours. Ils bénéficient d'un certain nombre de prérogatives leur permettant d'intervenir sur l'offre de soins et la décision sanitaire, comme par exemple un droit d'inspection des établissements sanitaires, ou une représentation au sein des instances

³³¹"*Le mécanisme exact de cette sélection stratifiée est déterminé en collaboration avec une agence spécialisée dans le recrutement. L'idée est d'atteindre, et d'augmenter la participation de secteurs de la population qui participent le moins à ce type de processus habituellement. Cela passe par un sur-échantillonnage des groupes particulièrement marginalisés afin d'assurer que leurs opinions sont bien représentées lors de l'assemblée.*" (<https://www.nhs.uk/citizen-design/what-is-nhs-citizen-assembly/plan-to-run-the-citizens-assembly/> (consulté le 22/02/2016))

sanitaires locales et nationales. Actuellement, cette représentation des usager.e.s est assurée au sein du réseau national *Healthwatch* et de ses déclinaisons locales. La coordination nationale participe au travail de la *Care Quality Commission*, qui supervise la sécurité et la qualité des services sanitaires, tandis que les déclinaisons locales sont responsables de sous-ensembles régionaux. Ces instances représentatives bénéficient d'un financement par le Ministère de la Santé.

L'obligation de consultation du public concerne également les autorités locales sanitaires. Le cadre d'action mis en place par le *Health and Social Care Act* de 2012 précise les obligations des autorités locales responsables de la planification des services sanitaires et sociaux pour les territoires, et témoigne à nouveau de la volonté de diversification des publics participants: "*Ils doivent impliquer les échelons locaux d'Healthwatch et la communauté locale [dans l'élaboration des plans d'action]. Afin d'impliquer la communauté locale, les conseils doivent envisager des moyens inclusifs d'impliquer les personnes avec des besoins de communication particuliers, afin de garantir que des besoins sanitaires et sociaux divers soient compris, intégrés et puissent être pris en compte par les fournisseurs. Il faut donc reconnaître le besoin de solliciter des groupes de la communauté qui sont exclus socialement et vulnérables. Le but de l'implication est de permettre une participation active de la communauté tout au long du processus - permettre aux individus d'apporter leurs visions et leurs expériences des services locaux, leurs besoins et leurs atouts en tant que sources d'information qualitatives ; et d'avoir une réelle influence sur la planification de leurs services.*"³³².

La participation du public dans la décision passe également par l'implication de personnes profanes dans les instances locales du NHS, c'est-à-dire dans les conseils d'administration des hôpitaux et des groupes de soins primaires. Par exemple, chaque groupement de soins primaires (actuellement *Clinical Commissioning Groups*) est régi par un conseil qui doit accueillir au minimum deux personnes profanes, dont une a pour mission de superviser la gouvernance du groupe, et l'autre celle de promouvoir l'implication des usager.e.s et le respect de leurs droits. Depuis 2015, la participation des usager.e.s est devenue obligatoire au plus près de la délivrance des soins : la création de groupe de participation de patient.e.s dans chaque cabinet de médecine générale, déjà encouragée par le paiement à la performance

³³² Department of Health, *Statutory Guidance on Joint Strategic Needs Assessments and Joint Health and Wellbeing Strategies*, 2013, p. 12

depuis 2004³³³, est devenue obligatoire. Ces groupes de participation doivent être le plus représentatifs possible de la patientèle inscrite, et permettre d'orienter l'activité du cabinet afin qu'elle soit plus proche des attentes et préférences des usager.e.s.

○ *Des dispositifs insuffisants ?*

Il existe une littérature abondante sur les expériences d'inclusion d'usager.e.s aux conseils d'administration des organismes du NHS. Les usager.e.s peuvent influencer des aspects pratiques de la délivrance des services : localisation ou relocalisation de services de soins primaires (Milewa, Harrison, Ahmad et Tovey, 2002), développement de transports (Richardson, Sitzia et Cotterell, 2005), ou encore mise en place de nouveaux services ou de nouvelles plages horaires de consultation (Milewa, Harrison, Ahmad et Tovey, 2002 ; Crawford *et al.*, 2003 ; Murie et Douglas-Scott, 2004), ou réorganisation des services existants (Peck, Gulliver et Towel, 2002 ; Murie et Douglas-Scott, 2004 ; Perkins et Goddard, 2004 ; Moore, 2008)³³⁴. Elles et ils peuvent avoir une influence sur les pratiques cliniques et relationnelles de professionnel.le.s, par exemple en développant des outils de dialogue entre usager.e.s et professionnel.le.s (Robert, Hardacre, Locock, Bate, *et al.*, 2003 ; Cotterell, Sitzia et Richardson, 2004 ; Dearden-Phillips et Fountain, 2005 ; Challans, 2006), des standards de pratiques³³⁵ (par exemple, sur l'annonce de mauvaises nouvelles) (Fudge, Wolfe et McKevitt, 2008 ; Mockford, Staniszewska, Griffiths et Herron-Marx, 2012) ou des formations pour les professionnel.le.s (Dearden-Phillips et Fountain, 2005 ; Richardson, Sitzia et Cotterell, 2005). Enfin, les usager.e.s contribuent à développer des communautés d'entraides entre usager.e.s *via* l'élaboration de plateformes de communication, de documents informatifs ou encore de formation pour les usager.e.s (Crawford *et al.*, 2003 ; Ripley, Sullivan et Evans, 2007 ; Fudge, Wolfe et McKevitt, 2008).

Cette littérature se montre généralement critique vis-à-vis des politiques d'implication des usager.e.s. Les imprécisions relatives au recrutement des représentant.e.s d'usager.e.s dans les instances décisionnaires et évaluatives du NHS sont critiquées comme menant à un déficit de représentation de certains groupes sociaux et à une grande variabilité des pratiques d'implication entre organismes (El Enany, Currie et Lockett, 2013 ; de Freitas et Martin, 2015). Le manque de ressources dévolues à l'implication des profanes, et notamment à leur

³³³Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, 2008

³³⁴L. Mountford, W. Anderson, *Patient and public involvement in primary care groups and trusts, Central Croydon case study. Draft report*, King's Fund Primary Care Programme, 2001

³³⁵R. Stewart, S. Oliver, *An Example from Newborn Screening in Coren, E. Collection of Examples of Service User and Carer Participation in Systematic Reviews*, Social Care Institute for Excellence, 2007

formation, est aussi un obstacle à l'efficacité des dispositifs de représentation (Forster et Gabe, 2008). Au niveau local, les chercheur.e.s Graham Martin et Rachael Finn ont mis en avant la variabilité des collaborations entre usager.e.s et professionnel.le.s au sein des équipes de management : la persistance de hiérarchies contribuent dans de nombreux cas à marginaliser l'expérience profane au profit des perspectives médicales, même si certaines modalités de participation se révèlent plus inclusives que d'autres (Martin et Finn, 2011). Ces politiques sont souvent considérées comme insuffisantes, mais en comparaison avec le contexte français, elles apparaissent très développées, qu'il s'agisse de la diversité des publics sollicités, des obligations légales contraignantes qui les organisent ou encore de leur capacité d'influence sur un pilotage déjà largement impulsé par des organismes publics. La philosophie de la participation des usager.e.s à la gestion du système de santé s'inscrit dans le principe de redevabilité du NHS aux citoyen.ne.s³³⁶ qui tient autant à la transparence des activités médicales et de l'utilisation des ressources qu'au droit de regard et de participation des individus. Cette redevabilité passe notamment par une obligation de transparence quant à l'intégration des revendications du public dans les politiques sanitaires³³⁷ et se traduit dans les nombreux mécanismes de participation et de consultation des usager.e.s et des citoyen.ne.s au sein du NHS, mais aussi dans d'autres institutions liées au système de soins, comme NICE ou encore le General Medical Council.

La dimension critique de la littérature scientifique portant sur l'implication des citoyen.ne.s dans la gouvernance du système de soins britannique doit donc être resituée dans un contexte de forte exigence vis-à-vis de ces dispositifs : ce qui est considéré comme insuffisant et mal financé en Angleterre dépasse de loin, comme nous allons le voir, les politiques de la démocratie sanitaire française, qu'il s'agisse de la représentativité des publics sollicités ou du soutien public matériel à la participation profane. Dans le cadre de cette analyse comparative, le statut des usager.e.s dans la gouvernance des systèmes de santé ne peut donc être évalué uniquement à partir des discours des acteurs et des analyses scientifiques nationales, qui se montrent plus critiques en Angleterre qu'en France. La prise en compte des dispositifs concrets mis en place dans le cadre de la "démocratie sanitaire", ainsi que des argumentaires qui les accompagnent, permet de resituer ces critiques dans leurs contextes nationaux, et notamment vis-à-vis de niveaux d'exigence nationalement différenciés.

³³⁶ "Le NHS est redevable vis-à-vis du public, des communautés et des patient.e.s qu'il sert", NHS, *The NHS Constitution - The NHS belongs to us all*, 2015, p. 4

³³⁷ Section 24A(1) of the NHS Act 2006 Cf. Department of Health, *Real accountability: Demonstrating responsiveness and accountability*, 2009

b. Une démocratie sanitaire sélective et fragile en France

En France, les politiques de participation des usager.e.s à la gouvernance sanitaire se sont développées à partir des années 1990, avec la mise en place de dispositifs autorisant les proches des patient.e.s de longue durée à participer au conseil d'administration des hôpitaux, à titre consultatif³³⁸. Suite aux États Généraux de la Santé³³⁹, organisés en 1999, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins encourage une plus grande participation des usager.e.s à la gouvernance du système de santé et consacre l'expression de "démocratie sanitaire" (Tabuteau, 2008).

La participation des usager.e.s en France s'organise depuis le début des années 2000 selon deux modalités : la présence de représentant.e.s d'usager.e.s au sein des instances dirigeantes (conseils d'administration des hôpitaux, des Agences régionales de santé mais aussi des caisses d'assurance maladie), et la création de commissions dédiées à la promotion des intérêts des usager.e.s, comportant des membres représentant.e.s des usager.e.s. Ces dispositifs de participation se déclinent à trois niveaux de décision : national, régional et celui des établissements de soins.

Au niveau national, la Conférence Nationale de Santé joue un rôle d'observation des politiques de participation des usager.e.s et du respect de leurs droits, et elle intègre depuis 2004 des représentant.e.s d'usager.e.s. Elle a la capacité d'organiser des débats citoyens sur des thématiques ciblées et produit des rapports annuels, mais les autorités sanitaires n'ont pas d'obligation de prise en compte de ces rapports (contrairement à *Healthwatch* en Angleterre) et elle n'est pas directement liée à la gouvernance nationale du système de santé (contrairement à *NHS Citizen*).

Au niveau régional, les Agences régionales de santé (ARS) et les caisses d'assurance maladie doivent inclure trois représentant.e.s d'usager.e.s à leur conseil d'administration. Au sein des ARS, des Conférences régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA), composées de cent représentant.e.s politiques, syndicaux, mutualistes et associatifs intègrent 16 représentant.e.s d'usager.e.s³⁴⁰. Ces conférences ont un rôle consultatif en matière de santé

³³⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³³⁹ Initiés par le gouvernement de Lionel Jospin, les États Généraux de la Santé ont consisté en un processus de débats publics rapprochant professionnel.le.s de santé, expert.e.s, décideur/euses politiques, syndicats et associations et représentant.e.s d'usager.e.s recruté.e.s par voie de presse, dans des forums thématiques sur l'ensemble du territoire.

³⁴⁰ Ces représentant.e.s constituent un "collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux" comprenant : 8 représentant.e.s d'associations agréées en santé, 4 représentant.e.s des associations de retraité.e.s et personnes âgées, 4 représentant.e.s des associations des personnes handicapées. Tou.te.s ces représentant.e.s sont désigné.e.s par le directeur général de l'agence régionale de santé (Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie).

publique, participent aux travaux de commissions spécialisées thématiques et produisent un rapport annuel sur le respect des droits des usager.e.s. La direction de l'ARS doit rendre compte une fois par an des suites données aux avis de la CRSA.

Au sein des établissements de soins, trois représentant.e.s sont membres du Conseil d'Administration de l'hôpital, et deux représentant.e.s siègent au sein de Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Leur mission est de faire l'interface entre les usager.e.s et la gouvernance des établissements de santé, *via* le traitement d'une partie des plaintes d'usager.e.s ou encore *via* la présentation d'un rapport annuel qui doit faire l'objet d'une délibération par le Conseil d'Administration de l'établissement.

Ces dispositifs assurent une représentation des usager.e.s à plusieurs niveaux de gouvernance, ce qui rapproche les situations française et britannique en matière de démocratie sanitaire. Cependant, la participation profane apparaît d'une part moins extensive, surtout au niveau national puisqu'il n'existe pas d'équivalent français au réseau *Healthwatch*, ni au dispositif *NHS Citizen*. Par ailleurs, certaines particularités du système français ont pour conséquence que la participation citoyenne n'est pas assurée selon les mêmes principes de diversité qu'en Angleterre et n'a pas le même impact sur la régulation des politiques sanitaires.

○ *Une représentation des usager.e.s assurée par des "professionnel.le.s"*

Un premier élément de différenciation avec le contexte britannique, et qui constitue une limite à la représentativité du système de participation des usager.e.s, est que ces dispositifs sont caractérisés par une représentation associative : les représentant.e.s d'usager.e.s qui siègent au niveau national, régional ou hospitalier sont nécessairement issu.e.s d'associations de patient.e.s ayant reçu un agrément officiel³⁴¹. Il s'agit d'une différence fondamentale avec le système britannique puisqu'il n'y a donc pas de participation directe des usager.e.s des services ou du public, mais uniquement de personnes engagées dans des associations, avec donc un profil particulier. Les limites de la représentation associative sont connues³⁴² : les membres d'association ont une vision spécifique du système de soins, parfois éloignée des

³⁴¹ L'agrément est délivré par le Ministère de la santé pour le niveau national et par les ARS pour le niveau régional, après avis de la Commission Nationale d'Agrément. Les associations doivent justifier de trois années d'activité dans le domaine de la promotion des droits des usager.e.s, de la participation des usager.e.s à l'élaboration des actions en santé, et du soutien aux usager.e.s dans leurs parcours de soins. (Article R1114-1 du Code de la Santé Publique) Direction Générale de la Santé, *La mise en œuvre de l'agrément et la représentation des usagers du système de santé - Guide Pratique*, 2012.

³⁴² Lilian Mathieu, *La participation des associations au débat public sur la santé: enjeux et conditions*, Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé, Centre régional d'information et de prévention du Sida, DRASS Rhône Alpes, 1999.

préoccupations des usager.e.s (Maudet, 2002), et qui peut manquer d'indépendance vis-à-vis du corps médical (Chambaud et Schaetzel, 2009). Cette situation souligne un déficit de réflexion méthodologique quant aux outils de concertation et de participation, particulièrement marquant dans le cadre de la comparaison avec les outils développés en Angleterre. Si certains centres hospitaliers ont mis en place des forums d'usager.e.s, composés à la fois de citoyen.ne.s et de représentant.e.s d'association³⁴³, ou encore des maisons des usager.e.s (Ghadi, Caria et Wils, 2010 ; Beetlestone, Loubières et Caria, 2012), ces initiatives restent isolées et facultatives. Au niveau régional, les ARS et les Conférences régionales de Santé et de l'Autonomie ont la possibilité d'organiser des forums et des débats sur les enjeux de politique sanitaire, afin de développer la concertation avec les usager.e.s et les citoyen.ne.s (Ghadi et Naiditch, 2006), mais cette possibilité n'est pas régie par une obligation légale précédant toute décision relative aux services de santé comme c'est le cas en Angleterre. Ces expériences, comme la prise en compte effective des revendications alors exprimées, dépendent donc de la volonté des responsables politiques locaux, et ne peuvent pas être initiées par les usager.e.s (Tabuteau, 2008). La participation telle qu'elle est organisée légalement et mise en place dans la majorité des cas se limite donc à une représentation par des associations, qui plus est sélectionnées par l'administration, ce qui remet en question son caractère démocratique : "*Si la participation est monopolisée par les associations et, au sein d'entre elles, par les organisations les plus structurées ou les plus influentes, on perçoit mal de quelle façon une telle évolution constituerait un processus démocratique.*" (Maudet, 2002, 101).

○ *Un déficit de légitimité*

Un deuxième élément de différenciation par rapport à la situation britannique est lié à la reconnaissance financière du travail des représentant.e.s des usager.e.s. En dépit de l'ampleur des tâches parfois confiées à ces représentant.e.s (évaluation de la qualité des soins à travers des enquêtes extensives, formulation de recommandations et d'avis sur les plans régionaux de santé, centralisation des plaintes et opinions d'usager.e.s), les moyens alloués aux Conférences régionales de Santé et de l'Autonomie sont très limités (Devictor, 2010 ; Tabuteau, 2010a), et se bornent généralement à la mise à disposition de locaux et à la prise en charge des frais de transports de ses membres. Le travail des représentant.e.s des usager.e.s est toujours bénévole, à la différence des dispositifs britanniques qui prévoient une

³⁴³ <https://www.chu-angers.fr/le-chu-angers/nos-demarches/forum-citoyen/forum-citoyen-55801.kjsp> ; <http://www.chu-nantes.fr/association-espace-des-usagers-du-chu-de-nantes-aeu--13257.kjsp>

rémunération et la prise en charge des transports comme des frais de garde des enfants. Le rapport de Claire Compagnon fait état des réticences vis-à-vis d'une potentielle indemnisation des représentant.e.s d'utilisateur.e.s qui relèverait d'une méfiance vis-à-vis de leurs motivations intrinsèques ("*l'utilisateur ne serait acceptable que dans sa naïveté originelle*"³⁴⁴), mais l'absence de rémunération et de statut spécifique de ces représentant.e.s limite leur capacité à s'acquitter des missions d'évaluation et de représentation qui leur incombent.

Ces dispositions ont, de plus, un effet sélectif sur les personnes qui sont en mesure de participer. Un congé de représentation a été instauré, prévoyant une mise à disposition allant jusqu'à neuf jours³⁴⁵ afin de pouvoir participer aux réunions, mais plusieurs travaux ont souligné le manque de souplesse des emplois du temps des directions sanitaires par rapport à la disponibilité des profanes bénévoles (Bréchat, Magnin-Feysot et Grangeon, 2003). L'ensemble des dispositifs de participation souffre d'un manque de financement qui traduit une absence de reconnaissance du travail effectué par les représentant.e.s d'utilisateur.e.s, limite leur capacité d'action (Devictor, 2010) et sélectionne les usager.e.s susceptibles de s'investir, en fonction de leur disponibilité et de leurs ressources financières³⁴⁶.

Cette particularité française se comprend à la lumière des conditions historiques d'émergence des politiques d'implication des profanes. La participation des usager.e.s en France s'est imposée à la faveur d'une importante mobilisation associative (Pomey et Ghadi, 2009, 58), et semble avoir pris les formes préconisées par ses acteurs. La majorité des associations agréées dépendent du Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS), à qui la responsabilité de la formation des représentant.e.s d'utilisateur.e.s a été confiée. Face à une demande importante difficile à réguler, le Collectif a recommandé une réduction du nombre de représentant.e.s d'utilisateur.e.s (Albertini, 2009, 16-17), une proposition qui va dans le sens d'une participation professionnalisée et sélective, et non d'une implication du public ou des usager.e.s courant.e.s. L'idéal participatif porté par le CISS et adopté par les autorités publiques françaises se focalise donc sur des usager.e.s militant.e.s disponibles et bénévoles, et fait peu de place aux simples usager.e.s des services ou au public, traduisant une absence de légitimité de la participation profane à la gouvernance sanitaire (Ghadi, 2009).

³⁴⁴ Claire Compagnon, Véronique Ghadi, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Ministère chargé de la santé, 2012, p. 13.

³⁴⁵ Si la prise de congé a pour conséquence une baisse de la rémunération, une indemnité peut être versée par l'établissement de santé, la collectivité territoriale concernée ou l'État.

³⁴⁶ Conférence Nationale de Santé, *Pour une approche convergente des droits des usagers du système de santé*, 2011, p. 19.

Ce déficit de légitimité se distingue du principe de redevabilité du NHS vis-à-vis des citoyen.ne.s britanniques, et est perceptible dans la philosophie générale et l'application des politiques participatives. L'obligation légale de participation des usager.e.s n'est ainsi pas nécessairement respectée par l'ensemble des acteurs sanitaires, qu'il s'agisse des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge au sein des établissements de santé³⁴⁷, ou des instances de participation citoyenne à la gouvernance sanitaire régionale (Bréchat et Roger, 2003). Sur le terrain, la participation effective des usager.e.s se heurte à un accès limité aux informations et au manque de légitimité des profanes face aux professionnel.le.s de santé et aux personnels administratifs (Bréchat, Magnin-Feysot et Grangeon, 2003 ; Ghadi et Naiditch, 2006 ; Ghadi, 2009, 19). Les études s'attachant à faire le bilan des dispositifs de participation soulignent leur faible impact, notamment du fait d'une dilution de leurs apports au sein d'une gouvernance fragmentée ou encore d'une réduction du rôle des représentant.e.s à une présence instrumentalisée³⁴⁸ (Vinot, 2000 ; Maudet, 2002 ; Lascoumes, 2007 ; Chambaud et Schaetzel, 2009). Ces dispositifs paraissent par ailleurs mal connus de la grande majorité des usager.e.s susceptibles d'y recourir pour faire entendre leurs réclamations (Caria, Wils, Ghadi, Gobel, *et al.*, 2010)³⁴⁹.

Par ailleurs, ces dispositifs ne concernent que le pilotage régional des politiques sanitaires et les établissements hospitaliers. Les soins ambulatoires, majoritairement pris en charge par des professionnel.le.s libéraux, ne sont pas concernés par cette participation citoyenne à la décision sanitaire.

○ *L'absence de régulation des soins ambulatoires*

À la lumière de la comparaison avec l'Angleterre, une troisième limite majeure des dispositifs français de participation des usager.e.s est le déficit participatif qui caractérise le secteur ambulatoire. La spécificité française en matière de soins primaires, avec une médecine libérale qui échappe à la coordination et à l'évaluation publiques³⁵⁰ (Tabuteau, 2010a), a des conséquences sur les politiques d'implication des usager.e.s. Les efforts réalisés dans le

³⁴⁷Conférence Nationale de Santé, *Réduire les inégalités de santé... en renforçant la participation des usagers*, 2012, p. 12.

³⁴⁸ Pierre Lascoumes définit ainsi l'instrumentalisation des représentant.e.s d'usager.e.s par la réduction de leur participation à une simple obligation de présence, sans moyens d'action : "un représentant est associé à une instance ou une commission dont il ignore tout, dont les objectifs et méthode de travail ne lui seront jamais expliqués et dont on n'attend à peu près rien hormis sa présence." (Lascoumes, 2007, 141).

³⁴⁹ CISS - LH2, *Etude qualitative sur la perception et le fonctionnement des CRUQPC*, 2012 ; *Participation des usagers dans les établissements de santé : Des principes aux expériences, des expériences aux principes*, Actes du colloque du 30 janvier 2009 ; *Participation des usagers dans les établissements de santé : quelle évolution depuis 10 ans ?*, Actes du colloque du 9 mars 2012 .

³⁵⁰ Cf. Chapitre 6. II. La régulation des systèmes de soins : pouvoirs et responsabilités de l'État en France et en Angleterre.

secteur public, dans les hôpitaux, le secteur médico-social ou au niveau de la gouvernance régionale sanitaire, ne peuvent être reproduits dans le secteur ambulatoire du fait de son manque de régulation publique. Il n'existe pas d'instance stratégique de régulation des soins ambulatoires au sein de laquelle des représentant.e.s des usager.e.s pourraient faire entendre leur voix³⁵¹, influencer l'organisation des soins ou les pratiques professionnelles. Cette absence a des conséquences, notamment en termes de surveillance du respect des droits des usager.e.s³⁵². Cette limite renvoie directement au lien entre le pouvoir accordé aux usager.e.s et les capacités de régulation des autorités publiques dans le secteur de la médecine libérale. La complexité et la fragmentation de la gouvernance sanitaire française sont à la fois le témoin des difficultés rencontrées par les pouvoirs publics dans la régulation de ce secteur, et un obstacle à une appropriation par les citoyen.ne.s et les usager.e.s et à leur participation active aux politiques publiques sanitaires (Tabuteau, 2008 ; Chambaud et Schaetzel, 2009).

Cette différence renvoie à des traditions démocratiques nationales différenciées. Les performances des instances de gouvernement local font l'objet d'évaluations régulières, centralisées et transparentes en Angleterre, avec notamment des mesures de satisfaction des usager.e.s et de l'impact global des politiques locales sur le bassin de population administré. Ce système, qui s'inscrit dans une tendance de gestion publique néolibérale, (Le Galès, Scott et Jacobs, 2010) favorise la transparence quant à l'utilisation des ressources publiques et la comparaison entre gouvernements locaux, mais il dépend largement de la capacité de régulation du gouvernement national, et notamment du pouvoir d'imposer l'évaluation et de pouvoir sanctionner en cas de mauvaises performances. En France, l'évaluation des performances des gouvernements locaux est disparate et dépendante d'initiatives locales. Elle se heurte aux résistances des acteurs locaux, peu enclins à développer des politiques de transparence, et n'intègre pas la satisfaction des usager.e.s comme critère d'évaluation. La multiplicité des échelons locaux de gouvernance et leur relative autonomie vis-à-vis du gouvernement national participent de cette faible régulation des politiques locales, et du manque d'information et de consultation des usager.e.s (Kuhlmann, 2010).

Les différents exemples mobilisés sont illustratifs de spécificités nationales en ce qui concerne les rapports de pouvoir au sein des systèmes de santé. Les usager.e.s britanniques et

³⁵¹Conférence Nationale de Santé, *Pour une approche convergente des droits des usagers du système de santé*, 2011, p. 10.

³⁵²Conférence Nationale de Santé, *Réduire les inégalités de santé... en renforçant la participation des usagers*, 2012, p. 12.

français.es disposent dans leurs parcours de soins de marges de manœuvre et de pouvoirs d'influence très différents. En Angleterre, elles et ils disposent d'informations sur les performances des fournisseurs de soins. En matière de régulation des relations thérapeutiques, la surveillance des pratiques est prise en charge par une institution au service des usager.e.s, qui participent à l'évaluation des professionnel.le.s, et ce même en l'absence de conflit ou de faute. Enfin, les usager.e.s sont sollicité.e.s en tant que citoyen.ne.s et en tant qu'utilisateur/rices des services à tous les niveaux de décision, qu'il s'agisse de s'exprimer sur des changements à venir ou de participer à l'élaboration des politiques sanitaires locales et nationales. En France, la circulation de l'information au sein du système de soins est entravée par des résistances professionnelles et l'absence d'obligations en matière de production de données d'activités. La surveillance des pratiques relève toujours de l'autorégulation professionnelle, et malgré des évolutions récentes dans les procédures, le Conseil National de l'Ordre des Médecins se positionne plus en faveur d'une défense professionnelle que d'une protection des usager.e.s. Le développement de la participation des usager.e.s à la gouvernance sanitaire suit des modalités sélectives qui n'assurent pas la représentation de l'ensemble du public, et ces dispositifs souffrent d'un manque de légitimité institutionnelle et professionnelle.

Ces différences nationales peuvent être reliées à une combinaison de facteurs : les formes de démocratie participative mises en place par les pouvoirs publics s'inscrivent dans des traditions politiques nationales (Bacqué, Rey et Sintomer, 2005), avec différents degrés de volonté politique de faire une place aux usager.e.s, mais aussi des capacités différentielles, en fonction des pouvoirs étatiques dans les domaines publics visés. Les autorités publiques ne peuvent organiser la participation des usager.e.s que si elles disposent d'une marge de manœuvre dans l'organisation des soins. Or les rapports de pouvoir entre les responsables politiques et les professionnel.le.s de soins en France, ainsi que la fragmentation de la gouvernance entre une multitude d'acteurs et de niveaux de décision limitent considérablement les capacités de régulation publique du système de santé, et donc d'aménagement d'espaces et de pouvoirs propres aux citoyen.ne.s et aux usager.e.s. À l'inverse le caractère national et centralisé du NHS, ainsi que son financement direct par l'impôt, renforce la légitimité d'une participation des contribuables à sa gestion, et la capacité des autorités publiques gestionnaires à accorder une importance déterminante à cette participation citoyenne (Senn, 2007). Ces capacités de régulation différentes, héritées de plusieurs décennies de systèmes nationaux de santé, sont particulièrement visibles dans la

comparaison des approches française et britannique en matière de qualité et de sécurité des soins.

II. Régulation publique et obligations professionnelles : les droits des usager.e.s en matière de qualité des soins

La responsabilité des États en matière de sécurité sanitaire est un enjeu qui a émergé notamment dans le contexte d'une série de scandales sanitaires en France comme en Angleterre. En France, les affaires du sang contaminé ou encore de l'hormone de croissance ont mené à un réinvestissement de l'État en matière de santé publique, la notion de "sécurité sanitaire" impulsant la multiplication d'agences sanitaires, avec l'objectif d'augmenter les possibilités de régulation administrative du système de santé (Tabuteau, 2003,2007). En Angleterre, les affaires Shipman et de Bristol³⁵³ ont remis en question le principe d'une autorégulation professionnelle suffisante et mis en lumière une nécessité d'intervention des autorités publiques dans la gestion de la qualité des soins. Les enjeux de sécurité et de qualité de la médecine se déploient par ailleurs dans un contexte de développement rapide des connaissances et des technologies médicales. L'émergence de la médecine fondée sur les données probantes (evidence-based medicine) transforme l'appréhension traditionnelle de la sécurité des soins en refondant la légitimité clinique sur les données de la science (Castel et

³⁵³ Harold Shipman était un médecin généraliste britannique qui a été reconnu coupable de plus de 200 assassinats de patient.e.s, auquel.le.s il administrait de la morphine. Ses crimes ont fait l'objet d'une investigation policière à partir de 1998, jusqu'au lancement d'une enquête nationale en 2000. L'affaire a notamment fait émerger des inquiétudes quant à un manque de surveillance des pratiques professionnelles dans le secteur primaire (Case, 2011). Voir aussi : R. Baker, D. R. Jones, P. Goldblatt, "Monitoring mortality rates in general practice after Shipman", *British Medical Journal*, Vol. 326, n°7383, 1er février 2003, pp. 274-276 ; P. Aylin, N. Best, A. Bottle, C. Marshall, "Following Shipman: a pilot system for monitoring mortality rates in primary care", *The Lancet*, Vol. 362, n°9382, 9 août 2003, pp. 485-491; D. Jewell, "After Shipman: reforming the GMC — again", *British Journal of General Practice*, Vol. 55, n°511, 1er février 2005, pp. 83-84.

L'affaire de Bristol désigne la médiatisation dans les années 1990 d'un taux de mortalité anormal dans le service de chirurgie cardiaque pédiatrique de l'hôpital de Bristol. Ce taux de mortalité a par la suite été attribué à un manque de ressources humaines et matérielles. Le scandale médiatique a déclenché une réforme des commissions de surveillance et d'évaluations des hôpitaux au niveau national (Checkland, Marshall et Harrison, 2004). Voir aussi : B. Keogh, D. Spiegelhalter, A. Bailey, J. Roxburgh, P. Magee, C. Hilton, "The legacy of Bristol: public disclosure of individual surgeons' results", *British Medical Journal*, Vol. 329, n°7463, 19 août 2004, pp. 450-454 ; A. Coulter, "After Bristol: putting patients at the centre", *British Medical Journal*, Vol. 324, n°7338, 2002, pp. 648-651

Les deux affaires ont fait l'objet de couvertures médiatiques intenses et ont mené à des enquêtes gouvernementales suivies par la publication de plusieurs rapports. (Secretary of State for Health, *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 -1995*, 2001 ; The House of Commons, *The Royal Liverpool Children's Inquiry*, 2001 ; Her Majesty Stationary Office, *Death Disguised*, 2002 ; *The Police Investigation of March 1998*, 2003 ; *Death Certification and the Investigation of Deaths by Coroners*, 2003 ; *The Regulation of Controlled Drugs in the Community*, 2004 ; *Safeguarding Patients: Lessons from the Past - Proposals for the Future*, 2004 ; *Shipman: The Final Report*, 2005).

Dalgalarondo, 2005), et en permettant une évaluation des pratiques professionnelles à l'aune de standards établis sur la base d'une systématisation des études cliniques. Ces évolutions ont eu des conséquences contrastées dans les deux pays, les politiques de régulation mises en place étant proportionnelles à la capacité d'intervention publique au sein des systèmes de soins. Ainsi en matière de régulation des compétences professionnelles, les deux pays ont développé des politiques de formation professionnelle continue, afin de garantir une mise à jour régulière des connaissances et compétences des médecins, mais avec un degré de contrôle très différent. Dans le domaine de l'évaluation des pratiques de soins, l'Angleterre a développé un système de régulation poussé, appuyé sur un dispositif de paiement à la performance (le *Quality and Outcomes Framework*, QOF), qui vise à garantir l'adéquation des pratiques professionnelles avec les données de la science. En France, plusieurs dispositifs ont été mis en place sans atteindre les possibilités de régulation du QOF, du fait de la structure du système de soins et des difficultés rencontrées par les autorités publiques dans son pilotage, et notamment les résistances des professionnel.le.s de santé à la mise en place de dispositifs d'évaluation et de contrôle. Les rapports politiques entre les différents acteurs du système de santé ont donc une incidence sur les possibilités de mettre en place des mécanismes de contrôle et d'évaluation, et donc sur la capacité des autorités publiques à garantir aux usager.e.s, la compétence des professionnel.le.s et la qualité des soins dispensés.

1. Le droit à des professionnel.le.s compétent.e.s : le contrôle de la formation continue

Depuis trois décennies, l'accélération de l'évolution des connaissances biomédicales et des innovations technologiques renforce la nécessité pour les médecins de mettre à jour régulièrement les acquis de leur formation médicale (Garattini, Gritti, De Compadri et Casadei, 2010). Cette nécessité est reconnue comme une obligation au sein de la déontologie médicale³⁵⁴. Depuis la fin des années 1990, cette obligation a été inscrite dans la loi, en France comme en Angleterre, et traduite par des dispositifs spécifiques de suivi des professionnel.le.s.

En France, le contrôle de la formation continue est caractérisé par l'autorégulation professionnelle. En Angleterre, il consiste en une évaluation extensive, qui prend en compte non seulement les formations suivies, mais aussi la satisfaction des usager.e.s et des évaluations par les pairs. Il est assuré par un réseau hiérarchisé d'évaluateurs/rices, et de responsables lié.e.s aux médecins par des contrats d'employeur qui clarifient à la fois les responsabilités et la légitimité de l'évaluation.

³⁵⁴ Article 11 du Code de déontologie médicale et *Good Medical Practice*, pages 7-13.

Les approches nationales du contrôle des compétences médicales s'inscrivent dans la continuité de celles du droit des usager.e.s ou du signalement des mauvaises pratiques : elles consacrent des conceptions différentes du système de soin et des responsabilités des acteurs impliqué.e.s. Le NHS britannique est tenu pour responsable des compétences professionnelles de ses agents vis-à-vis du public auquel le service de santé est destiné, et a donc mis en place un dispositif complexe et extensif de contrôle. La fragmentation des responsabilités en France, ainsi que la force de l'autonomie et de l'autorégulation professionnelles limitent l'envergure et l'efficacité des dispositifs de contrôle, et ce particulièrement dans le domaine des soins primaires étudié, où les praticien.ne.s exercent souvent de manière isolée.

a. Des dispositifs sans contrôle en France

L'obligation de mise à jour des connaissances existe en France depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 qui a inscrit dans le Code de la Santé Publique : "*L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel*" (Art. L. 4133-1). Cette obligation théorique a été concrétisée par la mise en place de plusieurs dispositifs : la *Formation médicale Continue* (FMC) de 2002 à 2009, et en parallèle l'*Évaluation des pratiques professionnelles* (EPP) visant l'amélioration de la qualité des soins prodigués, à partir de 2004. En 2009, ces dispositifs ont été réunis au sein du *Développement Professionnel Continu* (DPC). Les professionnel.le.s de santé doivent ainsi suivre annuellement une action d'évaluation de leurs pratiques et l'équivalent de quatre journées de formation.

Le système français de formation continue prévoit que les crédits de formation peuvent être obtenus de diverses manières : l'abonnement à une revue scientifique ou encore l'engagement dans des activités syndicales sont comptabilisés au titre de la formation. Par ailleurs, l'offre de formations professionnelles médicales est organisée *via* une importante régulation des organismes agréés par l'*Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu* (OGCPD)³⁵⁵. Le dispositif est complété par la gestion de son financement : les formations reconnues sont prises en charge et les professionnel.le.s exerçant en libéral sont indemnisé.e.s pour la perte financière que représente le temps passé en formation. Le système est donc relativement complexe et s'appuie sur une multitude d'organismes : des conseils nationaux, en charge de l'élaboration des orientations thématiques en fonction des spécialités, un organisme gestionnaire chargé de l'indemnisation des

³⁵⁵ En 2016, la *loi de modernisation de notre système de santé* prévoit une nouvelle *Agence Nationale du Développement Professionnel Continu*.

professionnel.le.s et de la prise en charge des coûts des formations en collaboration avec les caisses d'assurance maladie, une instance d'accréditation des organismes de formation et enfin, le recours aux instances ordinales pour le contrôle de la réalisation des obligations.

Le contrôle effectué par les instances ordinales porte sur la quantité de formations suivies, mais ne se prononce pas sur leurs contenus. Le système est caractérisé par une gestion par les professionnel.le.s de leurs besoins de formation et d'évaluation. Les formations sont librement choisies, et ainsi que les actions d'évaluation, en fonction des domaines d'intérêt des professionnel.le.s (Bally, Steib, Cabarrot, Marty, *et al.*, 2006, 359). Cette gestion très autonome de l'évaluation de pratiques comme de la formation continue rend aléatoire l'adéquation entre les formations et démarches d'évaluation entreprises et les besoins réels de la pratique professionnelle. Le rapport de l'IGAS réalisé en 2008 sur ces dispositifs souligne que "*les médecins ne sont pas les mieux à même de déterminer leurs zones de faiblesses et [...] ont plutôt tendance à se former dans leurs domaines d'excellence*"³⁵⁶. Les auteurs du rapport se prononcent contre des obligations thématiques mais d'autres mécanismes de mise en correspondance des formations suivies et des besoins effectifs sont envisageables, comme le montre l'expérience britannique.

Les différents dispositifs mis en place prévoient des modes de contrôle de l'obligation de formation qui attribuent la responsabilité de sanctionner d'éventuels manquements aux instances ordinales. Si les données sur le respect de leur obligation de formation par les médecins sont rares³⁵⁷, celles qui sont disponibles suggèrent des taux de participation suboptimaux (de 33 % à 80 % des professionnel.le.s pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles³⁵⁸) qui suggèrent une approche relativement souple de cette fonction de contrôle par les instances ordinales. La mise en place du développement professionnel continu en 2013 ne s'est pas accompagnée de la création d'instances de contrôle indépendantes³⁵⁹, et les obligations du DPC ne semblent pas plus respectées que celles des dispositifs qui l'ont

³⁵⁶ Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, IGAS, 2008, p. 40.

³⁵⁷ Bertrand Deumie, Philippe Georges, *Contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels*, IGAS, 2014.

³⁵⁸ Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, IGAS, 2008, p. 24.

³⁵⁹ "*Les Conseils de l'ordre correspondant à chaque profession s'assurent au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC (ou du diplôme universitaire obtenu), que les professionnels ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC. En cas de non respect de l'obligation de DPC, le Conseil peut demander au professionnel de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC. L'absence de mise en œuvre de ce plan par le professionnel est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle sanctionnée par le Conseil de l'ordre.*" Site de la Haute Autorité de Santé, consulté le 30/10/2015 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_435723/fr/organisation-du-dispositif.

précédé³⁶⁰. À la fin de l'année 2013, le taux de médecins s'étant inscrit.e.s sur le site de l'organisme gestionnaire, permettant d'accéder aux catalogues de formations, de s'inscrire et de bénéficier d'une prise en charge, était de 31 %³⁶¹. En 2015, 126 000 praticien.ne.s sur 400 000 (31,5 %) étaient engagé.e.s dans un programme de DPC³⁶². Aucun exemple de sanction relative au manquement à l'obligation de développement professionnel continu n'est parvenu à notre connaissance en dépit de cette participation modérée. Les Conseils de l'Ordre des Médecins, quelque soit leur échelon, apparaissent peu enclins à incarner une fonction de sanction³⁶³, et la mission de contrôle du DPC n'apparaît d'ailleurs pas sur le site du CNOM. Le 28 mai 2014, un décret précisant la possibilité de sanction "*pour insuffisance professionnelle*" lorsque les obligations ne sont pas remplies est paru. Alors que cette possibilité de sanction figurait déjà dans le texte de loi instituant le DPC, cette publication a généré des réactions négatives dans la communauté médicale. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a réagi par l'intermédiaire de son président Patrick Bouet, en précisant : "*La sanction n'est pas un objectif de l'Ordre. Elle est un outil qui viendra en son temps quand cela sera nécessaire. Pourquoi parler de sanctions alors que tout reste à faire en matière d'incitation et d'émulation des professionnels de santé pour réaliser leur DPC ?*"³⁶⁴.

Par ailleurs, on peut s'étonner que le contrôle de la formation soit simplement confié aux instances ordinales face aux efforts déployés pour la certification des organismes de formation et la répartition des subventions visant la prise en charge du DPC. Dans les deux cas, des commissions ou des organismes spécifiques (Conseils Nationaux de la Formation Professionnelle Continue, Comité Paritaire National de la formation professionnelle conventionnelle, Organisme Gestionnaire Conventionnel, Conseil National du Développement Professionnel Continu des médecins, Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu...) ont été mis en place, avec une réflexion sur leur composition, leurs objectifs et leurs missions, visant notamment à assurer une représentation de tous les ordres professionnels. *A contrario*, la faiblesse du dispositif de validation traduit un choix politique de favoriser une démarche pédagogique et non contraignante plutôt qu'un

³⁶⁰ Bertrand Deumie, Philippe Georges, *Contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels*, IGAS, 2014, p. 23.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 32.

³⁶² Bilan de l'OGDPC au 26/12/2015 : https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nous_connaître/11 (consulté le 01/02/2016).

³⁶³ Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, IGAS, 2008, p. 34

³⁶⁴ Christophe Gattuso, "DPC : un décret ouvre la porte aux sanctions et jette le trouble chez les médecins", *Le Quotidien du Médecin*, 11 juin 2014, consulté le 20 janvier 2016 (http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/06/11/dpc-un-decret-ouvre-la-porte-aux-sanctions-et-jette-le-trouble-chez-les-medecins_702666#sthash.P2vAqmHg.dpuf)

dispositif de contrôle. La *loi de modernisation de notre système de santé* du 26 janvier 2016 confirme cette orientation en ne prévoyant pas d'autres mécanismes de surveillance que les instances ordinaires et en ne donnant aucune précision sur la gestion des cas de manquements aux obligations, alors qu'elle instaure par ailleurs des possibilités de sanctions financières ou administratives vis-à-vis des organismes de formation défaillants (Article L4021-7 du Code de la Santé Publique).

L'obligation de formation continue telle qu'elle a été conçue et mise en place en France est représentative des difficultés de régulation du système de soins : le dispositif mis en place est complexe et sa gestion fragmentée. La surveillance du respect des obligations légales des professionnel.le.s n'est pas assurée, du fait d'une absence d'autorité indépendante responsable, de la faiblesse du suivi, et de la prise en compte des réticences des instances ordinaires. La formation des soignant.e.s est ainsi dépendante de la volonté des professionnel.le.s face à des dispositifs incitatifs. Cette situation se distingue nettement du dispositif de régulation mis en place depuis le début des années 2000 en Angleterre.

b. Des obligations professionnelles fortes en Angleterre

L'obligation légale de formation professionnelle continue existe depuis 1995 en Angleterre (Garattini, Gritti, De Compadri et Casadei, 2010, 250). Les modalités de cette obligation ont été profondément réformées à l'occasion d'une réflexion nationale sur le General Medical Council et sur l'insuffisance de l'autorégulation professionnelle, dans le contexte de scandales sanitaires très médiatisés (Salter, 2001). Ce contexte s'est révélé favorable à une intensification des obligations des professionnel.le.s, qui doivent désormais renouveler leur licence d'exercice tous les cinq ans (revalidation) et apporter les preuves de la qualité de leurs pratiques. Ces changements ont été perçus favorablement par la profession médicale, qui voit dans le renouvellement de licence une manière efficace de démontrer la fiabilité de ses pratiques (Griffin *et al.*, 2015).

Le système actuel fonctionne sur la base d'une évaluation annuelle mise en place dès le début des années 2000 (Rubin, 2014). Ces évaluations annuelles constituent la base des recommandations adressées tous les cinq ans au GMC dans le cadre de la procédure de renouvellement de licence, dont le cadre a été finalisé en 2012 après plusieurs années de projets pilotes. Il s'agit d'un processus complexe visant de nombreux aspects de la pratique médicale dont la formation continue et l'amélioration de la qualité des soins prodigués, mais qui prend également en compte la satisfaction des usager.e.s et l'évaluation par les pairs, ainsi que l'état de santé personnel des praticien.ne.s. L'objectif de ces évaluations est de mesurer la

conformité du comportement professionnel avec les principes déontologiques du *Good Medical Practice*, rassemblés en quatre domaines: "connaissances, compétences et performance", "sécurité et qualité", "communication, partenariat et travail en équipe", et "maintien de la confiance"³⁶⁵.

L'évaluation annuelle consiste en la présentation d'une série de documents renseignant les différents critères d'évaluation à un.e évaluateur/trice, employé.e et formé.e par les employeurs des médecins, le NHS pour la majorité, mais parfois aussi les *Primary Care Trusts* dans le cas des généralistes sous contrat local, ou les hôpitaux. Pour chaque employeur ou secteur géographique du NHS³⁶⁶, un "Responsible officer" est en charge de l'organisation des évaluations annuelles et de leur compilation pour chaque cycle de revalidation de cinq ans³⁶⁷. Le "Responsible Officer" rédige les recommandations pour chaque revalidation, et est responsable du recrutement ainsi que de la formation des évaluateur/rice.s annuel.le.s, qui ont généralement le statut de consultant.e.s indépendant.e.s³⁶⁸. Chaque professionnel.le ne peut pas être évalué.e plus de trois fois par la même personne et avec un délai minimum de trois ans entre deux évaluations conduites par cette même personne. Le résultat des évaluations est transmis au General Medical Council tous les cinq ans, soit comme recommandation pour le renouvellement de la licence, soit comme signalement pouvant déclencher une enquête approfondie³⁶⁹.

Les documents que les professionnel.le.s doivent présenter comprennent une description détaillée de la pratique médicale, qui permet de prendre en compte la spécificité des domaines médicaux concernés dans l'évaluation de la formation continue. Contrairement au cas français, il y a donc un lien direct établi entre les besoins de formation des professionnel.le.s et leurs domaines d'activité, puisque les formations suivies doivent "*correspondre aux besoins de vos patients, collègues et employeur*"³⁷⁰. L'obligation annuelle de formation continue est de 50 heures de formation par an, soit un volume légèrement supérieur aux obligations des médecins français.es. Les informations qui doivent être transmises dans le cadre de l'évaluation annuelle portent sur la quantité de formations suivies, mais aussi leurs correspondances avec les besoins du cabinet, et les professionnel.le.s doivent faire état des

³⁶⁵ General Medical Council, *Good Medical Practice*, 2013.

³⁶⁶ Le dispositif actuel prévoit 27 responsables de région pour *NHS England: NHS, Prescribed Connections to NHS England*, 2014.

³⁶⁷ NHS, *Quality Assurance of Medical Appraisers Engagement, training and assurance of medical appraisers in England*, 2014.

³⁶⁸ NHS, *FAQs regarding the Responsible Officer Regulations*, 2014

³⁶⁹ Cf. Chapitre 7, I. 2. b. Signaler des mauvaises pratiques : responsabilité de l'utilisateur ou du système ?

³⁷⁰ General Medical Council, *Supporting information for appraisal and evaluation*, 2012, p. 6.

changements que ces formations ont induits dans leur pratique : *"Le développement professionnel continu doit se centrer sur les aboutissements et les résultats, plutôt que sur la participation et une approche en termes d'obligation quantitative. Vous devez évaluer ce que vous avez appris et compris à travers votre action de développement professionnel continu et dans quelle mesure cela va influencer et améliorer votre performance."*³⁷¹.

En plus de l'obligation de formation, l'évaluation de l'amélioration de la qualité des soins prodigués passe par la preuve de mise en œuvre d'actions d'amélioration qui peuvent prendre des formes variées : audit clinique, résultats cliniques (par exemple : comparaison des taux de morbidité et de mortalité des usager.e.s suivi.e.s avec les taux nationaux), discussion collective de cas particuliers, etc. Les professionnel.le.s doivent se référer aux indications des collègues médicaux ou des facultés dont elles et ils dépendent. La fréquence attendue des activités d'amélioration dépend du type d'action entreprise : un audit clinique s'étalant sur plusieurs années constitue une activité suffisante par cycle de renouvellement de la licence (tous les cinq ans) alors que les discussions collectives de cas particuliers doivent avoir eu lieu de manière plus fréquente. Au cours de l'entretien d'évaluation annuel, les professionnel.le.s doivent démontrer que les apports de ces actions d'amélioration ont été intégrés à leurs pratiques (par exemple à travers la réalisation d'un second audit).

Une étape importante de l'évaluation est le recueil des opinions des usager.e.s (et éventuellement leurs familles et/ou soignant.e.s non médecins) et des collègues, médecins ou collaborateur/rice.s non-médicaux. Le GMC a établi des questionnaires standards qui doivent être complétés par ces tiers au moins une fois par cycle de revalidation. Les informations collectées auprès des usager.e.s portent sur la satisfaction vis-à-vis de l'interaction médicale du jour de passation du questionnaire (politesse, explications, implication de l'utilisateur.e dans les décisions thérapeutiques) et sur l'opinion générale sur le ou la soignant.e (confiance et satisfaction globale)³⁷². Les informations collectées auprès des collègues portent sur les compétences cliniques (diagnostic et prescription), pédagogiques, administratives, de communication et la formation continue³⁷³. Les résultats de ces questionnaires doivent être présentés par le ou la professionnel.le avec une indication de leur prise en compte dans la pratique médicale et dans l'élaboration du programme individuel de développement professionnel continu. Les plaintes et les compliments reçus au niveau du cabinet ou visant particulièrement un.e professionnel.le sont également intégrés à l'évaluation, ainsi que la

³⁷¹ General Medical Council, *Supporting information for appraisal and evaluation*, 2012, p. 6.

³⁷² Cf. Annexe 6.

³⁷³ Cf. Annexe 7.

réponse qui a été apportée aux plaintes (prise en charge, changements dans la pratique, formations spécifiques suivies en conséquence).

La compilation de cinq évaluations annuelles constitue la base de la recommandation du "Responsible Officer" envoyée au GMC, qui après vérification procède au renouvellement de la licence ou met en place une procédure d'investigation approfondie³⁷⁴.

Les collègues royaux de spécialités jouent un rôle important au sein de ce dispositif. Ils établissent, pour le domaine médical dont ils sont responsables, un programme de développement continu spécifique. Ils peuvent également inclure des exigences supplémentaires dans la procédure de renouvellement de licence. À titre d'exemple, le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* complète la procédure habituelle par des tests de connaissances obligatoires, et par des questions spécifiques dans les questionnaires remplis par les usager.e.s et les pairs (Mahmood, Shaffi, 2009).

De par l'organisation des responsabilités dans le dispositif, avec des responsables locaux et une séparation entre évaluation et décision de renouvellement des licences, ce dispositif limite les phénomènes de complaisance intra-professionnelle. La surveillance des professionnel.le.s apparaît particulièrement étroite, une évaluation annuelle insatisfaisante pouvant donner lieu directement à un signalement auprès du GMC. Il faut par ailleurs préciser que les exigences de formation complètent une surveillance systématique des pratiques et de l'application des recommandations nationales cliniques³⁷⁵, ce qui suppose en soi une mise à jour régulière des connaissances en matière d'avancées scientifiques.

La multiplicité de critères d'évaluation dans la procédure de renouvellement de licence se distingue d'une approche en termes d'obligation de suivi de formations : la prise en compte de la satisfaction des usager.e.s donne par exemple un poids important à la qualité de l'interaction médicale. L'évaluation porte sur l'ensemble de la pratique, et interroge notamment la correspondance entre la pratique effective et les formations suivies.

Il est très difficile pour les médecins britanniques d'échapper à ce dispositif dans la mesure où le renouvellement de leur contrat professionnel est conditionné à la validité de leur licence d'exercice, et que cette information est accessible pour le public et les employeurs sur le site du GMC. Une obligation équivalente en France correspondrait par exemple à un conditionnement du conventionnement à la présentation de preuves d'actualisation des

³⁷⁴ Cf. Chapitre 7. I. 2. b. Signaler des mauvaises pratiques : responsabilité de l'usager.e ou du système ?

³⁷⁵ Cf. Chapitre 7, II. 2. Le droit à des soins de qualité : le contrôle de l'application des recommandations.

connaissances et de satisfaction des usager.e.s, une hypothèse qui apparaît très improbable au regard des relations entre le corps médical et les caisses d'assurances maladie³⁷⁶.

Les deux pays se distinguent donc particulièrement du point de vue des contrôles mis en place quant à l'obligation de formation. Du point de vue des auteur.e.s des formations dispensées, les différences nationales apparaissent moins tranchées. La France et l'Angleterre sont dotées d'un système de contrôle des activités et évènements donnant lieu à l'obtention de crédits au titre du développement professionnel continu. Ces systèmes ont notamment pour objectif de limiter l'influence commerciale des entreprises pharmaceutiques sur le contenu des activités de DPC. En France, l'*Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu* est chargé d'attribuer un agrément aux organismes de formation, alors qu'en Angleterre, le contrôle est effectué par les collèges royaux pour chaque activité (congrès, formation...). Dans les deux cas, le constat d'un potentiel conflit d'intérêt entre l'objectif de formation et les liens commerciaux avec l'industrie pharmaceutique peut donner lieu à un refus d'agrément ou à une simple déclaration d'intérêt, qui ne constitue pas un obstacle à la délivrance de formations. À titre d'exemple, en 2007, les deux tiers des organismes accrédités en France avaient déclaré un conflit d'intérêt³⁷⁷. En termes de financement de la formation continue, l'industrie pharmaceutique prenait en charge, en 2009, 70 % des coûts en France contre 15 % en Angleterre, la majeure partie des activités de DPC étant financées par les employeurs dans ce pays (Maisonneuve *et al.*, 2009, 59). Mais cette prise en charge financière est assujettie à des règles déontologiques nationales, et il est difficile d'établir des différences significatives dans leur application entre les deux pays. L'influence de l'industrie pharmaceutique passe également par l'activité des représentant.e.s commerciaux auprès des professionnel.le.s de santé. Le phénomène apparaît conséquent dans les deux pays, avec cependant des effectifs contrastés : le nombre de représentant.e.s pharmaceutiques est estimé à 8000 en Angleterre³⁷⁸ contre 18 000 en France (Greffion, 2011, 44), ces chiffres devant être analysés au regard des démographies médicales nationales. En France, 80 % des médecins généralistes reçoivent en moyenne 5,6 visites de représentant.e.s pharmaceutiques par semaine (Greffion, 2011, 44) et en Angleterre, une étude portant sur un effectif réduit d'une

³⁷⁶ Cf. Chapitre 6 Les rapports de pouvoir au sein des systèmes nationaux de santé : la puissance médicale française et le service public britannique.

³⁷⁷ CNFMC, *Rapport d'activité des Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue*, 2007, p. 21. Le rapport d'activité de l'OGDPC en 2013 ne mentionne pas spécifiquement le taux d'organismes de formation concernés (OGDPC, *Rapport d'activité 2013*, 2013).

³⁷⁸ House of Commons, Health Committee, *The Influence of the Pharmaceutical Industry*, Fourth Report of Session 2004–05, p. 25.

centaine de médecins montre qu'environ 70 % d'entre eux reçoivent ces visiteurs entre 1 et 5 fois par semaine (Prosser et Walley, 2003, 307). Le phénomène de démarchage commercial des médecins semble donc relativement comparable de part et d'autre de la Manche. Cependant, comme l'ont montré Jérôme Greffion (Greffion, 2014) et Quentin Ravelli (Ravelli, 2012), les informations apportées par les visiteurs/euses pharmaceutiques pallient le manque de formations académiques des professionnel.le.s. Les arbitrages opérés par les médecins entre les différentes sources d'information qu'elles et ils ont à disposition dépendent donc des connaissances préalablement acquises au cours de la formation médicale initiale ou du DPC. Dans la mesure où les praticien.ne.s britanniques sont soumis.e.s par ailleurs à des fortes contraintes quant à l'application des recommandations cliniques nationales³⁷⁹, elles et ils ont une obligation plus forte que leurs homologues français.es de connaissance des références cliniques officielles. C'est dans cette relation aux normes cliniques officielles qu'existe potentiellement une différence d'impact des représentant.e.s pharmaceutiques au sein de chaque pays.

À ces différences en termes de formation s'ajoutent enfin les spécificités de l'exercice médical dans les deux pays, dont les conséquences sont visibles à travers l'exemple de la prescription contraceptive. En Angleterre, l'exercice en cabinet de groupe favorise la répartition des domaines d'activité entre professionnel.le.s. Les entretiens réalisés outre-Manche mettent en évidence la prise en charge de la contraception par un ou une professionnel.le, qui possède alors les diplômes nécessaires et suit des formations régulières, tandis que ses collègues prennent en charge d'autres domaines, comme le diabète ou les troubles cardio-vasculaires. La nécessité d'être formé.e, au moins *a minima*, pour prendre en charge la prescription contraceptive est mise en avant par le contrat spécifique que les cabinets doivent signer lorsqu'ils s'engagent à fournir des services contraceptifs. Le contrat précise les différentes compétences que recouvre la prestation de services contraceptifs, par exemple le conseil sur la totalité des méthodes contraceptives disponibles, les examens médicaux qui peuvent s'avérer nécessaires, le conseil sur la contraception d'urgence et en cas de grossesses non prévues, y compris sur l'interruption de grossesse (ou la capacité de référer vers un.e autre praticien.ne qui n'a pas d'objection de conscience lorsque le ou la praticien.ne sous contrat en a une), le conseil sur les IST et la santé sexuelle³⁸⁰. Ces précisions et la nécessité de conclure un contrat particulier distinguent la prescription contraceptive des soins

³⁷⁹ Cf. Chapitre 7, II. 2. Le droit à des soins de qualité : le contrôle de l'application des recommandations cliniques.

³⁸⁰ NHS England, *Standard General Medical Services Contract*, 2014, clause 9.3, (p. 32).

médicaux de routine et soulignent la nécessité d'un dispositif et de compétences spécifiques. La répartition des compétences entre les membres d'un même cabinet est également encouragée par le fait que les diplômes autorisant des actes médicaux (*letters of competence*) ont une validité dépendante du nombre d'actes réalisés : afin de conserver la capacité de poser des dispositifs intra-utérins, les praticien.ne.s doivent renouveler leur *letter of competence* tous les cinq ans en montrant qu'elles ou ils ont effectué au moins 6 procédures (pose et retrait) pour l'implant et 12 pour les dispositifs intra-utérins³⁸¹. Il est plus intéressant pour un cabinet de concentrer les demandes sur un.e seul.e praticien.ne afin de garantir ce nombre d'actes minimum. En France, la majorité des prescripteurs de contraception exercent en libéral, donc de manière plus isolée, ce qui a pour conséquence, surtout pour les médecins généralistes, qu'elles et ils ne peuvent se spécialiser et répartir les domaines d'activité au sein d'un même cabinet. L'exercice isolé de la médecine rend très difficile la mise à jour des connaissances dans l'ensemble des domaines d'exercice, car ils sont alors très nombreux. La prescription contraceptive n'est pas liée à un contrat ou des compétences spécifiques, et peut donc se dérouler sans formation professionnelle dédiée.

La comparaison des deux systèmes de développement professionnel continu en France et en Angleterre souligne donc une différence majeure en termes de contrôle exercé sur les professionnel.le.s. Le dispositif français apparaît fragmenté et peu respecté, faute de perspective de sanction, alors que le système britannique organise des évaluations extensives annuelles, incluant les avis des pairs et des usager.e.s, et conditionne le droit d'exercer au respect des obligations professionnelles. Ces différences envisagées en parallèle des contrastes organisationnels en soins primaires dans les deux pays dessinent des paysages médicaux très différents : la tendance britannique semble être celle de professionnel.le.s très contrôlé.e.s, se répartissant les domaines de spécialisation entre collègues et devant annuellement rendre compte de l'évolution de leurs pratiques. En France, l'exercice médical est plutôt isolé et les activités d'évaluation et de formation plus disparates, moins contrôlées et moins complètes. Ces différences nationales reflètent le degré variable de régulation négocié entre la profession médicale et les autorités publiques et s'inscrivent dans la droite lignée des rapports de pouvoir entre ces acteurs et des conceptions nationales de la médecine et du service public de santé. Ces conceptions se manifestent également dans le domaine de la régulation des pratiques cliniques. Aux dispositifs de contrôle des compétences s'ajoute en effet un contrôle des pratiques et de leur conformité aux recommandations, dépendant des

³⁸¹ Voir le site de la Faculty of Sexual and Reproductive Health : http://www.fsrh.org/pages/DFSRH_and_LoC_recertification.asp (consulté le 01/02/2016).

perspectives nationales sur la médecine fondée sur les données probantes et sur l'autonomie clinique.

2. Le droit à des soins de qualité : le contrôle de l'application des recommandations cliniques

La médecine occidentale a connu, depuis la deuxième moitié du XXe siècle, des évolutions conséquentes en matière d'élaboration des connaissances scientifiques, marquées notamment par l'émergence et l'importance croissante de l'*evidence-based medicine* (EBM), ou médecine fondée sur les données probantes. La philosophie de l'EBM encourage une rationalisation des pratiques de soins à partir de la compilation des données internationales cliniques et épidémiologiques (Harrison, 1998, 15). Ce système permet de faire face à l'explosion des connaissances médicales et à leur évolution constante en mettant à disposition des acteurs de soins, les connaissances sur les protocoles thérapeutiques ayant démontré scientifiquement leur efficacité. La diffusion de l'EBM est mise en place à travers la formulation de recommandations internationales et nationales de bonnes pratiques. L'impact de ces recommandations sur les pratiques médicales dépend des contextes institutionnels encadrant la médecine, et du contrôle de leur application toléré par les praticien.ne.s. Dans les contextes français et britannique, la rationalisation des pratiques médicales prend des formes différentes reflétant les rapports de force entre autorités publiques et profession médicale, et des conceptions nationalement différenciées de la médecine.

En Angleterre, l'importance institutionnelle de la santé publique et de l'épidémiologie (Cole, Sim et Hogan, 2011) ont favorisé l'intégration de l'EBM aux pratiques médicales. La médecine fondée sur les données probantes et l'épidémiologie ont en commun un raisonnement scientifique en termes de groupes de population appuyé sur des statistiques, raisonnement d'autant plus acceptable dans le contexte britannique qu'il fonde également la répartition des ressources au sein du système de soins. De plus, l'organisation des soins au sein d'un système universaliste comme le NHS a pour conséquence une conception de la médecine comme service public qui accorde une importance non négligeable à la standardisation des soins et à leur accessibilité. Dans la mesure où il s'agit d'un service national, financé par l'État, et dans lequel les usager.e.s ne peuvent que modérément changer de praticien.ne référent.e, chaque usager.e doit pouvoir accéder au même niveau de soins quels que soient le lieu ou le professionnel.le qu'il ou elle consulte. La standardisation des soins entre ainsi en résonance avec la lutte contre les inégalités sociales de santé, et s'inscrit dans l'objectif d'équité dans l'accès à des soins de qualité (Saltman, 2008 ; Fredriksson,

Blomqvist et Winblad, 2014). Cette perspective implique que les normes nationales sanitaires servent de cadre de référence et qu'elles supplantent la liberté clinique des professionnel.le.s, la variation de pratiques d'un.e praticien.ne à l'autre étant perçue comme un dysfonctionnement potentiel. La médecine est alors appréhendée non pas comme un art individuel mais comme "*produit d'un système organisé*" (Setbon, 2000, 54) et la santé "*comme un droit que les pouvoirs publics confèrent à leurs citoyens*" (Castel et Merle, 2002, 339).

En France, la santé publique, en tant que discipline scientifique, et en tant que domaine d'action politique, n'a émergé que tardivement et difficilement (Grémy, 2002 ; Lorient, 2003 ; Nathanson, 2007 ; Briatte, 2010), notamment du fait de la domination politique de la médecine libérale, qui privilégie une approche curative et suppose une autonomie professionnelle excluant l'intervention publique dans le domaine de la santé (Hassenteufel, 1997 ; Tabuteau, 2010b). Dans ce contexte, l'élaboration de normes de pratique par des autorités publiques, et l'éventuel contrôle de leur application, sont perçus comme une "*intrusion illégitime*" (Castel et Dalgarrondo, 2005, 34) dans la pratique médicale. La supervision publique de la qualité des soins "*fragilise le postulat d'une compétence professionnelle statutaire*" (Setbon, 2000) en introduisant un droit de regard des acteurs normatifs (médecins ou non) sur les pratiques des clinicien.nes individuel.les. Elle réduit l'autonomie des soignant.e.s, ce qui se révèle plus acceptable en Angleterre - où la nature du système de soins a déjà entamé l'autonomie professionnelle - qu'en France, où la liberté des praticien.ne.s, (clinique, économique, d'installation) est préservée.

Les réticences exprimées en France vis-à-vis d'une médecine standardisée et alignée sur les données de l'EBM (Bras et Duhamel, 2010) se focalisent sur la qualité des soins fournis. La profession médicale française valorise des pratiques individualisées fondées sur l'expérience et le "bon sens" clinique, au détriment du raisonnement statistique qualifié de déshumanisant (Dormont, 2013) et de recommandations de bonnes pratiques qui seraient basées sur des catégories artificielles (Bachimont, Cogneau et Letourmy, 2006 ; Laure et Trépos, 2006 ; Bloy et Rigal, 2012). Appliquer les protocoles préconisés par l'EBM reviendrait, pour ses détracteurs, à réduire la médecine à des réflexes automatisés, au détriment des préférences des usager.e.s, et parfois de l'efficacité des thérapies proposées. Mais ces critiques font l'impasse sur l'existence d'automatismes dans les pratiques fondées sur l'expérience. Ces dernières ne garantissent pas nécessairement l'écoute des usager.e.s et la qualité des soins, car elle peuvent également faire fi des préférences de l'usager.e et des connaissances scientifiques (Dormont, 2013). Par ailleurs, les recommandations cliniques

peuvent encourager la prise en compte des préférences des usager.e.s lorsqu'elles intègrent aux pratiques préconisées, le recueil du consentement et la présentation des alternatives thérapeutiques (Castel et Dalgarrondo, 2005, 31). C'est le cas en Angleterre, notamment du fait de la participation d'usager.e.s à l'élaboration des recommandations au sein du NICE³⁸², des pratiques encore peu institutionnalisées en France (Castel et Robelet, 2009).

La légitimité accordée aux recommandations de bonnes pratiques au sein de la profession médicale ne dépend ainsi pas uniquement d'une vision particulière de la pratique clinique : elle correspond également à un attachement à un équilibre de pouvoirs favorable aux médecins, qui refusent, dans le cas français, que leurs pratiques soient soumises à une évaluation extérieure. Un système de soins orienté par l'EBM modifie également les relations entre soignant.e.s et soigné.e.s : la diffusion des connaissances par la publication de recommandations de bonnes pratiques tend à rendre les usager.e.s plus susceptibles d'aborder l'interaction de soins en possédant eux/elles-mêmes des informations. Cet aménagement de la relation de soins peut participer à des formes de réticences de la part des soignant.e.s, "*car leur tâche se limiterait dès lors à appliquer les guides de pratique établis selon les « normes scientifiques »*". (Castel et Merle, 2002, 339).

L'organisation du système de soins français, ainsi que l'identité professionnelle défendue par les instances représentant les médecins, entrent ainsi en contradiction avec la standardisation et la rationalisation des pratiques médicales induites par l'EBM. Matériellement, l'organisation des soins primaires en un service éclaté de praticien.ne.s individuel.le.s rend l'encadrement des pratiques difficile. Politiquement, la défense de l'autonomie médicale entre en contradiction avec l'évaluation et le contrôle des pratiques professionnelles. Les médecins français.es ne sont pas perçu.e.s comme des fonctionnaires responsables de la délivrance d'un service public de qualité, mais comme des expert.e.s maîtres de leur art et à qui une certaine autonomie est due. L'illégitimité politique des recommandations cliniques est renforcée par le fait que l'implication de l'État dans la politique de santé a été en partie déterminée par des préoccupations économiques. À l'inverse d'une focalisation britannique sur la qualité et la sécurité, les tentatives d'influence des gouvernements français sur les pratiques médicales poursuivent un objectif de rationalisation des coûts, dont la légitimité est plus controversée (Kerleau, 1998 ; Bras et Duhamel, 2010).

³⁸² NICE, *NICE's approach to public involvement in guidance and standards: a practical guide*, 2015.

Ces contextes et ces attitudes professionnelles contrastées se traduisent par le développement de dispositifs d'évaluation des pratiques et de contrôle de l'application des recommandations cliniques très différents d'un pays à l'autre.

a. Le Quality and Outcomes Framework : la régulation des pratiques par le paiement à la performance

En Angleterre, le service public de santé est organisé de manière hiérarchique. Les médecins doivent prendre en compte dans leur exercice des directives nationales, mais aussi locales, et les recommandations cliniques élaborées par le NICE s'intègrent relativement facilement dans ce système. L'application de la médecine fondée sur les données probantes dans l'activité clinique de tou.te.s les clinicien.ne.s est la politique officielle du NHS depuis les années 1990 (Harrison, 1998) et les autorités gestionnaires ont développé des stratégies de diffusion des recommandations et d'application de leur contrôle qui apparaissent légitimes et s'imposent hiérarchiquement aux acteurs du système. Depuis 2004, une part importante de la rémunération des professionnel.le.s est subordonnée au respect des recommandations, au sein du *Quality and Outcomes Framework* (QOF).

Ce dispositif de paiement à la performance recouvre une large série de thématiques cliniques et organisationnelles. Si des éléments de paiement à la performance pour des objectifs de santé publique (vaccination, dépistage du cancer du col de l'utérus) avaient été intégrés au contrat de médecine générale dès les années 1990, le QOF représente un dispositif beaucoup plus extensif, tant du point de vue des champs thérapeutiques concernés, que de la part de rémunération qui lui est consacrée. Il suppose une intégration dans tous les cabinets de médecine générale d'outils collectifs de suivi des pratiques et de mise en correspondance avec les recommandations cliniques du NICE. Pour un certain nombre d'observateur/ric.e.s, il s'agit du dispositif de régulation des pratiques médicales le plus exhaustif au monde³⁸³, "*un système inédit de contrôle central et de surveillance externe*" (Jeffries, 2003, 888).

Sa mise en place au début des années 2000, au sein d'un nouveau contrat de soins primaires, coïncide avec l'engagement du parti néo-travailliste à augmenter significativement les ressources budgétaires allouées au service national de santé. Cette augmentation se traduit par d'importants efforts de croissance des effectifs (+26 % d'infirmier.e.s, +20 % de médecins généralistes, +56 % de consultant.e.s) et une réduction des délais d'attente³⁸⁴. Mais

³⁸³ Gillam Stephen et Steel Nicholas, « The Quality and Outcomes Framework—where next? », *British Medical Journal*, vol. 346, p. f659, 2013.

³⁸⁴ Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, 2008.

ces nouvelles ressources sont aussi consacrées à la revalorisation de la rémunération des praticien.ne.s en soins primaires, conditionnée au respect des recommandations cliniques.

Le nouveau système de rémunération mis en place comprend toujours une part de paiement à la capitation, une part de paiement à l'acte pour les actes encouragés par le NHS (suivi de grossesse, contraception, vaccination) et ajoute une importante part dédiée à la rémunération de la performance du cabinet, analysée sous l'angle des indicateurs cliniques, organisationnels et de satisfaction des usager.e.s. Ce dispositif permet d'augmenter significativement les revenus d'un cabinet, jusqu'à 160 000£ annuellement. Cette importante revalorisation financière de la médecine générale a logiquement facilité l'acceptation du dispositif par les professionnel.le.s : la rémunération des médecins généralistes a augmenté de 54 % entre 2002/2003 et 2005/2006³⁸⁵. Ainsi malgré le caractère optionnel du QOF, tous les cabinets y adhèrent (Bras et Duhamel, 2010). Cette adhésion massive tient aussi au fait que le QOF fait l'objet d'un large consensus au sein de la profession médicale : ses objectifs orientés vers l'amélioration de la qualité des soins et la satisfaction des usager.e.s, et non, comme en France, vers des économies de dépenses, permettent une adhésion professionnelle renforcée par le caractère négocié de la réforme.

Le dispositif s'appuie sur plus d'une centaine d'indicateurs sur la base desquelles les pratiques professionnelles sont évaluées. La majorité de ces indicateurs concerne la clinique (80 %) et se décomposent en indicateurs de moyens, processuels et de résultats. Le QOF comprend aussi des indicateurs organisationnels et 10 % d'indicateurs de satisfaction des usager.e.s par le biais de sondages internes et externes. Dès la première année d'application, 92 % des points ont été obtenus en moyenne en Angleterre. L'année suivante, ce taux a atteint 96 %. Largement supérieurs aux résultats escomptés (environ 75 %) ³⁸⁶, ces taux de réussite ont donné lieu à une élévation des objectifs dès la troisième année d'application. Ce succès se comprend notamment à la lumière de la correspondance entre le mode de fonctionnement du QOF et les attributs spécifiques de l'organisation des soins en Angleterre.

Le QOF s'appuie d'une part sur le fort taux d'informatisation des cabinets britanniques, proche de 100 % (Schade, Sullivan, Lusignan et Madeley, 2006), dans la mesure où l'évaluation des performances nécessite d'enregistrer informatiquement un grand nombre de données, dont certaines relèvent de la communication d'informations ³⁸⁷ et pas seulement

³⁸⁵ Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration, *Thirty seventh Report*, 2008.

³⁸⁶ Cole Andrew, « UK GP activity exceeds expectations », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7516, p. 536, 2005.

³⁸⁷ Par exemple, pour la contraception, le fait d'avoir évoqué les méthodes long cours avec les usagères fait l'objet d'un enregistrement.

d'actes cliniques et de prescription. L'informatisation des cabinets est incontournable pour l'enregistrement des actes et diagnostics, mais aussi parce que le QOF fonctionne avec un système de rappels automatiques (fenêtres pop-up) s'affichant en fonction du dossier consulté et des informations enregistrées.

Par ailleurs, le dispositif s'appuie sur l'organisation collective de la médecine britannique, largement majoritaire à l'échelle nationale. Les membres des cabinets, qu'elles ou ils soient médecins, infirmier.e.s ou technicien.ne.s, se répartissent les responsabilités de surveillance et de diffusion des informations en fonction des domaines de soins ou des pathologies. Ce fonctionnement favorise une gestion collégiale des besoins de soins et des mises à jour des connaissances, ainsi qu'une analyse réflexive de leur propre activité de soin par les professionnel.le.s, qui ont accès en permanence aux données d'activité de l'ensemble des membres du cabinet. Ces données font l'objet d'évaluations régulières. Les performances de chaque cabinet sont mises en ligne sur *NHS direct* et comparées au niveau du PCT, voire au niveau national, des enquêtes sur les cabinets les moins performants au titre du QOF étant réalisées pour analyser les obstacles à la standardisation des pratiques (Ashworth *et al.*, 2011). Elles sont accessibles aux usager.e.s, selon les principes de circulation des informations qui caractérisent le système britannique. Elles constituent la base de calcul de la rémunération du cabinet : si le QOF ne comporte pas de mécanismes de sanction à proprement parler, il conditionne une importante part de la rémunération collective et individuelle au respect des recommandations (environ 13,5 % du revenu total des cabinets et 26 % de la rémunération à la capitation³⁸⁸), ce qui représente une forte incitation au niveau de chaque cabinet.

Au sein du QOF, le déroulement des soins est donc fortement déterminé par les principes de la médecine fondée sur les données probantes (sous forme de recommandations) et les principes de gestion orientés vers la participation des usager.e.s, à la gouvernance comme à la décision thérapeutique, valorisée par des indicateurs³⁸⁹. Le dispositif implique une surveillance poussée des pratiques médicales cliniques et organisationnelles et repose donc sur l'acceptation d'une publicité de l'activité médicale et donc d'un réaménagement de l'autonomie professionnelle (Cheraghi-Sohi et Calnan, 2013).

Le succès du QOF, perceptible notamment à travers le dépassement des objectifs prévisionnels dès sa première année d'entrée en vigueur, s'appuie sur un consensus

³⁸⁸ Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, 2008, p. 18.

³⁸⁹ <http://www.nice.org.uk/guidance/qs15/chapter/Quality-statement-6-Shared-decision-making>, consulté le 26 février 2016.

professionnel sur le bien-fondé de la médecine établie sur les données probantes, ainsi que sur la nécessité de mieux surveiller les pratiques médicales et d'en accroître la qualité, à la suite des réflexions et débats amorcés par les scandales sanitaires (Salter, 2001). La mesure des pratiques a même été perçue comme une opportunité de démontrer l'efficacité des professionnels de santé en dépit d'un contexte politique et médiatique critique (Cheraghi-Sohi et Calnan, 2013, 58).

Cet outil extensif évolue chaque année, en fonction des priorités de santé et de l'évolution des connaissances scientifiques disponibles³⁹⁰. S'il implique une importante charge de travail administrative pour les soignants³⁹¹, il représente une incitation inédite à la mise à jour des connaissances et à l'application des recommandations de bonnes pratiques à l'échelle mondiale. Son succès est appuyé sur des caractéristiques organisationnelles du système britannique et sur une acceptation professionnelle des principes d'évaluation et de standardisation des pratiques. Ces éléments diffèrent considérablement dans le contexte français.

b. Le contrôle de l'application des recommandations en France : des dispositifs limités et peu contraignants

En comparaison avec le système de santé anglais, le contexte français apparaît peu favorable à la généralisation d'un dispositif d'évaluation des pratiques fondé sur le paiement à la performance. D'une part, des éléments organisationnels pratiques constituent des obstacles à un enregistrement informatique des pratiques, tout comme à la surveillance et à la gestion collégiale de l'application des recommandations cliniques. D'autre part, les caractéristiques identitaires de la profession médicale française, qu'il s'agisse des représentations dominantes de l'activité de soins ou des relations avec les autorités publiques, nourrissent des réticences envers l'EBM et envers la régulation publique de la médecine. Depuis 2011, des dispositifs inspirés du QOF ont été mis en place mais leurs limites et leur succès modéré reflètent la permanence de ces spécificités françaises et des freins qu'elles constituent pour la régulation publique de la qualité des soins.

³⁹⁰ Voir les changements inclus à chaque renouvellement du contrat de médecine générale (<http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework/changes-to-qof-2016-17>).

³⁹¹ D. Whalley, H. Gravelle, B. Sibbald, " Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey", *British Journal of General Practice*, Vol. 58, n°546, 2008, pp. 8-14.

○ *Une organisation sanitaire peu propice à un système de surveillance intégré*

Un certain nombre d'éléments organisationnels distinguent le système sanitaire français du NHS et représentent des obstacles à la mise en place d'un dispositif équivalent au QOF. Tout d'abord, la surveillance des pratiques médicales est conditionnée par leur enregistrement, afin de pouvoir les comparer aux recommandations de bonnes pratiques. Or, le système médical français ne permet pas un tel enregistrement à l'heure actuelle. D'une part, le taux d'informatisation des cabinets médicaux français est relativement faible : en 2012, seuls 73 % des médecins généralistes disposent d'un équipement permettant la saisie des données cliniques dans un dossier médical informatisé³⁹². Cette situation exclut de fait un tiers de cette population médicale d'un potentiel système généralisé de suivi des pratiques, et du bénéfice des rappels automatisés qui font partie des moyens les plus efficaces de diffusion des recommandations de bonnes pratiques³⁹³. Par ailleurs, les données médicales françaises recueillies par les caisses d'assurance maladie ne portent que sur les prescriptions, notamment dans le cadre de l'organisation du remboursement des assur.e.s, et excluent les informations relevant du diagnostic³⁹⁴. Les pratiques prescriptives ne peuvent ainsi pas être mises en relations avec les observations médicales et les diagnostics posés, et leur pertinence ne peut donc pas être évaluée³⁹⁵. La mise en place d'un enregistrement des diagnostics se heurte à l'opposition de la profession (Castel et Robelet, 2009) qui invoque le respect du secret médical, bien que les données de prescriptions déjà enregistrées fassent l'objet d'une anonymisation. Plus de 70 % des médecins interrogé.e.s par la DREES de 2010 à 2012 s'opposent à la saisie des diagnostics au sein des dossiers informatisés (Massin *et al.*, 2014, 4). Cette opposition médicale peut être mise en relation avec la conception libérale de la médecine qui domine le contexte français, et notamment la valorisation du colloque singulier qui échappe à toute forme d'évaluation extérieure. En tout état de cause, cette limite technique et politique ne permet pas la mise en place d'un système d'évaluation des pratiques au regard

³⁹² CNAMTS, "La rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins", dossier de presse, 2013.

³⁹³ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2005, p. 177.

³⁹⁴ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2005, p. 168-171.

³⁹⁵ Les données de l'Assurance Maladie sont toutefois mobilisées pour évaluer la pertinence des pratiques prescriptives, mais cela donne lieu à des montages compliqués : une étude portant sur les soins reçus par des personnes diabétiques est par exemple élaborée en incluant les personnes qui se sont vues prescrire des antidiabétiques trois fois sur la période étudiée (Bernstein, Blotière, Bousquet, Legal, *et al.*, 2009). Un tel montage fait nécessairement l'impasse sur les personnes diagnostiquées mais non traitées par des antidiabétiques répertoriés : sa limite principale est d'étudier les prescriptions à partir d'elles-mêmes, puisqu'elles constituent à la fois un critère d'inclusion et un objet d'étude. Les données disponibles ne permettent donc que difficilement et partiellement de caractériser l'écart entre les pratiques et les recommandations. Des études plus poussées passent par la mobilisation des dossiers médicaux de chaque praticien.ne, mais sont donc limitées dans leur étendue et dans leur thématique.

des recommandations cliniques, et représente un obstacle à une véritable réflexivité professionnelle sur des pratiques qui demeurent non documentées (Bloy et Rigal, 2012).

D'autre part, l'organisation collective de la médecine sur laquelle la surveillance des pratiques et la diffusion des connaissances s'appuient en Angleterre, est minoritaire en France : la surveillance entre pairs et la gestion collective de la mise à jour des connaissances ne sont des outils mobilisables que par 40 % des praticien.ne.s français.es (Audric, 2012), la plupart devant procéder seul.e.s à l'actualisation de leurs connaissances.

Le contexte français se distingue également de la situation outre-Manche du point de vue des autorités régulatrices. Si en Angleterre, le NICE bénéficie d'une forte légitimité auprès des professionnel.le.s, ce n'est pas le cas de son homologue français, la Haute Autorité de Santé. D'une part, les processus d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques de la HAS impliquent moins les médecins et les usager.e.s (Kreis et Schmidt, 2013)³⁹⁶, et sont souvent trop lents par rapport à l'évolution des connaissances et l'étendue des pratiques à réguler³⁹⁷ (Rolland et Sicot, 2012). D'autre part, la HAS est en concurrence avec d'autres acteurs normatifs : d'autres institutions publiques comme l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ou l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé, les instituts spécialisés par pathologie (comme l'Institut National du Cancer) et les organisations professionnelles, dont les points de vue peuvent diverger entre eux (Robelet, 2001 ; Castel et Merle, 2002)³⁹⁸, et principalement les Caisses d'Assurances Maladie, qui édictent régulièrement des normes de pratiques visant notamment à maîtriser les coûts du système de santé, et qui contrairement à la HAS, bénéficient de l'outil conventionnel pour chercher à faire respecter ces recommandations. Ce foisonnement d'acteurs normatifs rend le système peu lisible (Laure et Trépos, 2006) et crée une confusion entre les objectifs de qualité et d'efficacité économique, qui nuit à la légitimité des recommandations produites (Bras et Duhamel, 2010 ; Jami, Saidj, François-Purssell et Saint-Lary, 2015).

Enfin, les dispositifs d'évaluation et de contrôle des pratiques médicales reflètent la faible capacité de régulation des autorités politiques sur le domaine médical. Qu'il s'agisse des

³⁹⁶ Si la HAS consulte éventuellement des associations d'usager.e.s lors de l'élaboration des recommandations, elle n'a pas mis en place un système de recrutement, de formation et de rémunération de profanes, et n'a pas rendu obligatoire la présence d'usager.e.s dans les comités d'élaboration de recommandations, contrairement au NICE.

³⁹⁷ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2005, p.173.

³⁹⁸ Il n'existe pas nécessairement un seul organisme professionnel par spécialité. À titre d'exemple, les urologues peuvent être rattaché.e.s à l'Association Française d'Urologie ou au Collège Français des Urologues, les gynécologues obstétricien.ne.s au Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français ou à la Société Française de Gynécologie, et il existe par ailleurs une Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Ces associations professionnelles se doublent généralement d'organismes pour les médecins en formation, et elles existent en parallèle des syndicats médicaux (qui se divisent aussi en spécialités).

Références Médicales Opposables mises en place en 1993, de l'évaluation des pratiques professionnelles instituée en 2004 ou des différents contrats de pratiques proposés au niveau collectif ou individuel par les caisses d'assurance maladie, les dispositifs élaborés en France se heurtent systématiquement à un manque de moyens de contrôle et de sanction, et ne parviennent pas à faire évoluer les pratiques (Ogien, 2001 ; Barnay, Hartmann et Ulmann, 2007 ; Jami, Saidj, François-Purcell et Saint-Lary, 2015)³⁹⁹. La faiblesse de ces dispositifs reflète les rapports de force politiques favorables aux syndicats médicaux opposés à ce type de régulation, mais aussi le déficit de moyens consacrés par les autorités politiques à la question de la qualité et de l'efficacité des pratiques médicales, considérées comme relevant de l'autorégulation professionnelle⁴⁰⁰.

○ *Exporter le système anglais en France : les différences institutionnelles soulignées par la Rémunération sur Objectif de Santé Publique*

À la fin des années 2000, notamment suite à l'observation du système britannique de paiement à la performance (Rolland et Sicot, 2012), un nouveau dispositif inspiré du *Quality and Outcomes Framework* est introduit par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), sur la base du volontariat des praticien.ne.s. En dépit de l'opposition du Conseil National de l'Ordre des Médecins⁴⁰¹ et des syndicats médicaux⁴⁰², les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), qui prévoient des primes à la performance dans certains domaines cliniques et organisationnels, rencontrent une forte adhésion de la part des médecins : alors que la CNAMTS espérait signer 5000 contrats environ, plus de 16000 professionnel.le.s adhèrent au CAPI (Abecassis et Domin, 2011). Ce succès motive une généralisation de ce principe à l'ensemble des médecins généralistes, au sein de la nouvelle convention médicale de 2011: la Rémunération sur Objectifs de Santé

³⁹⁹ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2005 ; Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, 2008.

⁴⁰⁰ Les quelques études visant à évaluer la sécurité et l'efficacité des pratiques médicales françaises montrent qu'en l'absence de contrôle et de sanction, les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas appliquées en France (Mousquès, Renaud et Sermet, 2001 ; Mousquès, Renaud et Scemama, 2003 ; Germanaud *et al.*, 2003 ; Aulagnier *et al.*, 2007 ; Jebrak, 2010).

⁴⁰¹ Dans un avis adopté lors de la session de décembre 2008, le CNOM a déclaré "*la souscription d'un contrat d'intéressement lié aux décisions médicales qu'un praticien prend et aux conseils médicaux qu'il donne n'est pas acceptable*" (<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/contrats-d-engagement-individuels-89>)

⁴⁰² Voir le tract de la CSMF "Chassez le CAPI !", datant de juillet 2009 et disponible en ligne : http://www.csmf.org/upload/File/Circulaires/2009/Tract_CAPI.PDF

Il affirme entre autres éléments d'opposition : "*Le CAPI transforme le médecin en agent commercial de la Sécurité chargée de vendre des économies sur le dos des patients pour toucher sa commission en fin d'année. Le CAPI vous met à la merci des Caisses qui vous imposent des objectifs intenable. Le CAPI vous met en conflit d'intérêt avec vos patients*"

Publique (ROSP) entre en vigueur en 2012, avec cette fois-ci des objectifs négociés entre la profession médicale et la CNAMTS.

Les différences qui caractérisent le QOF britannique de la ROSP française soulignent d'une part, les difficultés de régulation rencontrées par les autorités sanitaires. La ROSP se focalise sur trois domaines principaux d'intervention : les actes de prévention, la prise en charge des maladies chroniques, et la prescription efficiente, soit l'encouragement à la prescription de médicaments génériques⁴⁰³, à travers 19 indicateurs. Cinq indicateurs supplémentaires visent une augmentation de l'efficacité organisationnelle, portant principalement sur l'informatisation des cabinets et la tenue des dossiers médicaux. Ces 24 indicateurs indiquent une ambition moindre du dispositif de paiement à la performance français par rapport au QOF, qui en compte plus d'une centaine, sur des domaines plus larges et variés, avec notamment la prise en compte de la satisfaction des usager.e.s, absente du dispositif français (Saint-Lary, Plu et Naiditch, 2011). Par ailleurs, les praticien.ne.s qui souhaitent y participer peuvent choisir, parmi un panel, les objectifs sur lesquels ils et elles seront évalué.e.s et rémunéré.e.s en conséquence. Il ne s'agit donc pas, contrairement au QOF, d'une évaluation systématique. Les particularités du contexte français limitent également les possibilités de développer une évaluation réflexive des pratiques : les données sont compilées à l'extérieur des cabinets par la CNAMTS et non par l'équipe soignante comme en Angleterre. Elles ne sont pas accessibles aux usager.e.s.

Enfin, les moyens engagés dans ce dispositif traduisent une ambition moindre de modification des pratiques autant qu'ils reflètent les marges de manœuvre budgétaires limitées de la CNAMTS : en 2012, les sommes perçues au titre du paiement à la performance représentaient en moyenne l'équivalent d'un mois de salaire supplémentaire (Dormont, 2013), alors que le QOF constitue jusqu'à 25 % de la rémunération d'un cabinet britannique. Au-delà de la variabilité quantitative de l'incitation, cette différence apparaît importante dans la signification que revêt ce mode de rémunération : en Angleterre, il s'agit d'une augmentation des revenus promise par le gouvernement mais conditionnée à des objectifs, alors qu'en France, il s'agit d'une source de revenus additionnelle et optionnelle. Cette différence peut contribuer à comprendre l'engagement variable des médecins : en 2012, 95 % des médecins généralistes avaient adhéré au dispositif, mais seulement un.e médecin sur deux s'était intéressé.e au contenu de l'engagement, et un.e sur trois avait pris connaissance des détails

⁴⁰³ L'intégration de ce critère de prescription efficiente est révélateur de la cohabitation de préoccupations économiques et qualitatives au sein du même dispositif, ce qui peut contribuer au manque de confiance des professionnel.le.s de santé envers ce type de contrats de pratique.

des objectifs (Massin *et al.*, 2014, 3). Au cours de la première année d'application de la ROSP, environ 50 % des objectifs ont été atteints par les médecins participant.e.s, un résultat jugé encourageant par la CNAMTS (Dormont, 2013), mais largement inférieur aux 92 % obtenus dès la première année du QOF, basé sur des indicateurs cinq fois plus nombreux et imposés aux praticien.ne.s.

Ce succès modéré du dispositif de paiement à la performance français traduit ainsi la permanence de réticences professionnelles vis-à-vis d'une régulation publique des pratiques médicales (Silva, 2013 ; Degos, 2013). Les motivations économiques du dispositif, piloté par la CNAMTS à partir d'indicateurs négociés, par opposition à une régulation qualitative chapeauté par la HAS par exemple, ou par le NICE dans le cas britannique, sont également source de méfiance (Bachimont, Cogneau et Letourmy, 2006 ; Bras et Duhamel, 2010). Le passage du CAPI à la ROSP a donné lieu à des négociations entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux, ce qui peut contribuer à l'acceptabilité des indicateurs choisis. Mais le paiement à la performance reste associé par ses opposant.e.s à l'introduction d'un biais économique dans la pratique médicale, comme si le paiement à l'acte en était exempt (Dormont, 2013). La mise en place de ce dispositif ne correspond donc pas à une acceptation généralisée du principe du paiement à la performance, ni d'une régulation publique des pratiques médicales.

L'objet de ce travail n'est pas de statuer sur la pertinence d'un alignement des pratiques médicales sur les recommandations de bonnes pratiques, mais de caractériser l'impact des cultures médicales sur les pratiques professionnelles en matière contraceptive. Dans ce domaine, les recommandations internationales et nationales sont consensuelles quant à l'importance du choix mis à disposition des usager.e.s. Au-delà des contre-indications majeures qui concernent un petit nombre de cas, l'efficacité contraceptive semble avant tout déterminée par l'adéquation des méthodes choisies avec les préférences et le mode de vie des usager.e.s (Bajos et Ferrand, 2002)⁴⁰⁴. Les recommandations de bonnes pratiques préconisent ainsi d'informer les usager.e.s sur l'ensemble des méthodes disponibles et de favoriser un choix individuel éclairé. L'appréhension professionnelle du principe du choix contraceptif

⁴⁰⁴ ANAES, AFFSAPS, INPES, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*, 2004 ; Organisation Mondiale de la Santé, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 2005, 2009 et 2013 ; INPES, *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?*, 2013 ; NICE, *Long-acting reversible contraception, Clinical Guidelines 30*, 2014 ; NICE, *Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25, Clinical Guidelines 51*, 2014

dépend de la connaissance et de l'application de ces recommandations par les professionnel.le.s, qui sont confronté.e.s à des incitations et contrôles variables selon leur pays d'exercice.

Le système britannique, en accordant une importance prépondérante aux normes cliniques au sein du QOF, favorise la diffusion et l'acceptation de ces recommandations, même en l'absence d'indicateurs de mesure spécifiques. Depuis 2009, le QOF intègre la contraception par le biais de deux indicateurs : le fait de tenir un registre des usager.e.s ayant bénéficié d'une prescription de contraception, et le fait d'avoir évoqué les méthodes long cours, afin de compenser le manque d'information les concernant (Arrowsmith, Majeed, Lee et Saxena, 2014)⁴⁰⁵. Ces indicateurs ne reflètent que partiellement la notion de choix, mais leur présence inscrit la contraception dans un domaine soumis à l'évaluation qualitative, et encourage la consultation des recommandations et des protocoles en la matière. Les enquêtes sur les pratiques prescriptives montrent d'ailleurs leur perméabilité aux changements dans les recommandations de bonnes pratiques (Briggs, Praet, Humphreys et Zhao, 2013).

En France, la contraception ne fait pas partie des objectifs de la ROSP, un dispositif qui ne concerne par ailleurs que les médecins généralistes. Les pratiques des principaux prescripteur/rice.s de contraception, les gynécologues, ne font pas l'objet d'un encadrement ou d'une évaluation particulières. Par ailleurs, la faible envergure du dispositif français, en termes de thématiques et de rémunération, ne parvient qu'à aménager, et non à surmonter, les réticences des professionnel.le.s français.es vis-à-vis des normes de pratique. L'étude plus spécifique des connaissances des prescripteur/rice.s français.es en matière de contraception illustre la méconnaissance des recommandations cliniques publiées en 2004 (Moreau, Bohet, Hassoun, Ringa et Bajos, 2014).

En ce qui concerne la prescription contraceptive, les systèmes de santé français et britannique encadrent donc très différemment les pratiques médicales, tout comme la formation des professionnel.le.s. Les obligations professionnelles auxquelles les praticien.ne.s britanniques sont soumis.es, qu'il s'agisse de leur formation ou de l'application de recommandations de bonnes pratiques, semblent encourager une standardisation qualitative des pratiques professionnelles. La prescription contraceptive est une activité connue des autorités d'évaluation de la formation, qui disposent d'outils pour assurer que les praticien.ne.s qui la prennent en charge disposent effectivement des connaissances nécessaires. Elle est par ailleurs encadrée par des protocoles qui visent une valorisation du

⁴⁰⁵BMA & NHS Employers, *Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10*, 2009

choix des usager.e.s, notamment par le biais de la présentation d'un panel presque exhaustif de méthodes disponibles. En France, les principaux prescripteur/rice.s de contraception ne font pas l'objet d'un contrôle particulier en matière de mise à jour de leurs connaissances, et la contraception n'a pas été intégrée aux domaines couverts par le dispositif de paiement à la performance à destination des médecins généralistes. Ces deux spécialités ne sont donc pas soumises à des obligations particulières, qu'il s'agisse de leur formation ou de leurs pratiques. Ces différences peuvent être considérées sous l'angle des droits des usager.e.s : une personne souhaitant obtenir un contraceptif ne dispose pas des mêmes garanties de formation et de respect de son choix selon qu'elle consulte en France ou en Angleterre. Le domaine de la contraception reflète ainsi des approches nationales différentes des obligations professionnelles et des droits des usager.e.s, en matière de garantie d'efficacité et de sécurité des soins, mais aussi en ce qui concerne leur autonomie décisionnelle. Ces différences sont le reflet de traditions politiques et sanitaires nationales, et des capacités variables de régulation publique qui en découlent, en fonction des rapports de pouvoir entre la profession médicale d'une part, et les autorités sanitaires d'autre part.



Les systèmes sanitaires britannique et français sont caractérisés par des choix politiques contrastés en matière de régulation des pratiques médicales, qui peuvent être appréhendés du point de vue du statut des usager.e.s. Au-delà des préférences organisationnelles nationales qu'ils traduisent, ces contrastes ont des conséquences spécifiques pour les usager.e.s, tant du point de vue des garanties en matière de qualité et de sécurité des soins, que concernant leur autonomie décisionnelle. En France, la qualité et la sécurité des soins sont des enjeux majoritairement pensés comme relevant de la compétence médicale. Cette perspective rappelle les analyses d'Eliot Freidson, qui soulignent que l'expertise conférée socialement et politiquement aux soignant.e.s déborde parfois du cadre de leurs compétences cliniques (Freidson, 1984). Les spécificités organisationnelles de l'Assurance Maladie suggèrent effectivement que les médecins sont perçu.e.s comme compétent.e.s aussi bien en matière médicale que dans le domaine managérial ou politique. En Angleterre, en décalage avec les

constats avancés par Eliot Freidson en 1984, le statut conféré par les politiques publiques aux professionnel.le.s de santé semble, au contraire, limité à leurs compétences cliniques, compétences qui font tout de même l'objet d'un contrôle permanent. La régulation publique britannique garantit ainsi une certaine transparence sur les performances sanitaires et organisationnelles des médecins. Ces appréhensions contrastées de la compétence médicale et du degré optimal de contrôle public sur l'activité clinique ont pour pendant des statuts très différents accordés aux usager.e.s. En Angleterre, les politiques publiques sanitaires visent un accès facilité aux informations médicales, qu'il s'agisse des soins ou des performances individuelles. Elles accordent également un rôle d'évaluation aux usager.e.s, et leur offrent des garanties de sécurité et de qualité des soins, comme en matière d'autonomie décisionnelle et de choix thérapeutique. En comparaison, en France, l'évaluation de l'activité médicale est très réduite, tout comme le contrôle de la formation professionnelle. Les usager.e.s n'ont pas de rôle d'évaluation et n'ont pas de garanties en matière de participation à la décision, ou concernant la qualité et la sécurité des soins dispensés dans le secteur ambulatoire. En matière de contraception, ces contrastes organisationnels peuvent avoir des conséquences sur le niveau de formation des professionnel.le.s consulté.e.s, l'adéquation de leurs pratiques avec les recommandations de bonnes pratiques, mais aussi le statut des usager.e.s dans l'interaction médicale et l'accès des consultant.e.s au choix contraceptif.

Conclusion

Les constructions et les fonctionnements des systèmes de santé de part et d'autre de la Manche soulignent les différences importantes qui structurent les histoires politiques des deux pays. En France, les relations entre les pouvoirs publics et la profession médicale sont marquées par une forte conflictualité enracinée dans l'identité professionnelle des médecins français. Les choix politiques qui ont défini le système de prise en charge des soins de santé ont, dès l'origine, limité la responsabilité publique dans la gestion du système de soins, et les tentatives de régulation des gouvernements depuis les années 1970 se heurtent à l'autonomie des acteurs médicaux. Face à une profession médicale très attachée aux principes libéraux de son activité, et représentée par des syndicats conservateurs, les possibilités de collaboration et de contrôle sont souvent réduites aux aspects financiers de l'Assurance Maladie. Si les plus jeunes générations de médecins semblent progressivement incarner des tendances différentes, par exemple vis-à-vis de l'activité salariée, collective, ou encore vis-à-vis du principe d'une régulation publique de la qualité des soins, le système français cantonne traditionnellement les pouvoirs publics à un rôle de financeur en conférant une large autonomie à la profession médicale dans la gestion des soins. Le statut des usager.e.s pâtit de ces rapports de pouvoirs, qu'il s'agisse de leur implication dans la gouvernance du système ou des garanties de qualité et de sécurité en matière médicale, limitées par la faible régulation publique des soins.

En Angleterre, l'implication de l'État dans la gouvernance du système de soins a traditionnellement été plus forte, et les conflits qui ont émaillé l'histoire de cette collaboration avec les professionnel.le.s de santé ont été tranchés en faveur des pouvoirs publics. Dès la création du NHS, la profession médicale semble avoir accepté le principe d'une médecine organisée comme un service public : elle a renoncé à son autonomie financière, géographique et clinique et consenti à suivre des règles définies au niveau national selon des principes collectifs. Cette appréhension de la santé comme service public implique par ailleurs que les médecins, comme les agents des autres services publics, sont dans l'obligation de rendre des comptes aux citoyen.ne.s payeur/euse.s sur leur utilisation des ressources publiques, dans une logique de "nouveau management public" (Peters, 2014). Cette organisation autorise de fortes possibilités de régulation, qu'il s'agisse du contrôle de la formation et de l'encadrement des pratiques, ou encore de la place progressivement accordée aux usager.e.s dans la gouvernance, conformément à une tradition d'évaluation et de participation plus ancrée en Angleterre qu'en France. Dans un contexte de scandales sanitaires au tournant des années

2000, la mise en place du *Quality and Outcomes Framework* constitue une réponse politique aux dysfonctionnements médiatisés du système et une nouvelle étape dans la prise de responsabilité publique vis-à-vis de la sécurité des soins. De telles garanties prises en charge par les autorités publiques ne se sont que modérément développées en France et se focalisent sur la sécurité des médicaments et le secteur hospitalier. La médecine ambulatoire française échappe à ces contrôles et il semblerait que l'on considère l'autorégulation professionnelle suffisante dans ce secteur, et ce alors même que les instances professionnelles témoignent d'une faible propension à contrôler et sanctionner les médecins qui ne remplissent pas leurs obligations de formation professionnelle.

L'analyse de ces différences ne préjuge pas de l'efficacité sanitaire de ces différentes formes d'organisation des systèmes de soins, ni de la satisfaction des usager.e.s. Les atouts et les faiblesses de chaque système sont éclairées différemment en fonction des domaines sanitaires étudiés. Mais en matière de contraception, le système public britannique semble favoriser des éléments importants de l'accès des usager.e.s : une standardisation des pratiques susceptibles de favoriser l'application des recommandations de bonnes pratiques, la gratuité des consultations et des dispositifs médicaux, et un statut décisionnel fort des usager.e.s, qu'il s'agisse de l'organisation des soins ou de l'interaction de la consultation. Le système français autorise quant à lui une grande diversité de pratiques au sein du secteur ambulatoire : des niveaux de formation variables selon les praticien.ne.s, mais aussi des pratiques plus ou moins en accord avec les recommandations, sans que cela ne puisse faire l'objet d'un contrôle ni même d'une évaluation.

Ces principes organisationnels sont donc susceptibles de fortement influencer le choix contraceptif offert aux usager.e.s, en termes de méthodes privilégiées, de hiérarchie dans la consultation ou encore en termes de coûts. Afin d'analyser leur traduction en matière de pratiques, les entretiens semi-directifs ont permis d'appréhender les représentations et les normes médicales des praticien.ne.s en France et en Angleterre.

Quatrième partie :

**Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la
contraception au choix des usager.e.s**

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

Les médecins britanniques et français.es évoluent dans des contextes historiques et institutionnels contrastés, notamment en matière de contraception. Ces différences contextuelles influencent profondément l'activité médicale : le cadre juridique et historique national précise les modalités matérielles, institutionnelles et légales d'accès à la contraception et influence les représentations professionnelles, par exemple concernant la légitimité du recours contraceptif. Sur le plan institutionnel, les professionnel.le.s sont soumis.e.s à des obligations variables en matière de formation et d'application des recommandations de bonnes pratiques qui ont un impact sur leurs normes de pratique. L'organisation institutionnelle du système de santé influence également l'interaction médicale, et le statut accordé aux prescripteur/rice.s d'une part, et aux usager.e.s d'autre part. Ces différents éléments éclairent les contrastes en matière de pratique médicale d'un pays à l'autre mais ne permettent pas nécessairement de mieux comprendre les différences genrées de recours contraceptif, et en particulier le faible recours aux méthodes masculines de contraception en France par rapport à l'Angleterre.

En matière de contraception, l'arrivée des méthodes médicales sur le marché contraceptif a entraîné un phénomène de médicalisation de cet objet, qui s'est doublé de sa féminisation dans les deux pays, du fait notamment de la promotion de méthodes féminines. Au-delà de la domination technique d'une approche féminine de la contraception, les parcours contraceptifs sont genrés dans les deux pays. En France, la majorité des prescriptions contraceptives est assurée par des gynécologues, une spécialité réservée aux femmes, et exercée en majorité par des femmes (Bessière, 2005). Le suivi contraceptif se déploie au sein d'un ensemble de pratiques spécifiques aux femmes comme le dépistage des cancers gynécologiques, le suivi de la ménopause, ou encore le suivi de grossesse. Même si une partie des consultations de gynécologie concernent des thématiques mixtes du point de vue du genre (dépistage et traitement des IST, prise en charge de l'infertilité), les cabinets de gynécologie demeurent des lieux de soins féminins dans lesquels les hommes s'aventurent rarement avec leurs partenaires, et presque jamais seuls (Ruault, 2015). En Angleterre, la situation est plus nuancée. La prescription contraceptive se déroule majoritairement dans des lieux moins genrés : les cabinets de médecine générale accueillent tous les individus indépendamment de leur sexe, et les services de santé sexuelle et reproductive évoluent depuis quelques années dans une dynamique d'intégration, c'est-à-dire de fusion entre la planification familiale et la prise en charge des IST. Cette dynamique institutionnelle vise à offrir l'ensemble des services médicaux liés à la sexualité dans des lieux uniques et facilement identifiables. Elle a aussi

pour conséquence de rassembler les publics de ces deux types de services dans un espace commun, par conséquent plus mixte puisque les hommes sont également usagers des services de santé sexuelle. Mais cette relative mixité dans les espaces médicaux ne signifie pas que l'approche institutionnelle de la contraception est neutre du point de vue du genre. Les services contraceptifs font l'objet d'une rémunération spécifique en fonction du nombre d'usagères répertoriées comme bénéficiaires. Les hommes ne peuvent pas être inscrits dans ce répertoire et ne sont donc pas perçus au sein du NHS comme pouvant bénéficier d'un suivi contraceptif. Dans ces circonstances, l'implication des hommes dans les responsabilités contraceptives, notamment *via* la diffusion de méthodes masculines, ne va pas de soi, car les interlocuteurs par défaut des prescripteur/rice.s sont des interlocutrices.

C'est pourquoi il est intéressant d'analyser les représentations des professionnel.le.s concernant le genre de la contraception, qu'il s'agisse des dynamiques de prise en charge des responsabilités contraceptives entre femmes et hommes, ou du traitement réservé aux méthodes masculines disponibles. Les pratiques des professionnel.le.s sont en effet structurées par leurs opinions sur ces méthodes et sur la pertinence ou non d'une implication des hommes. Par leur rôle d'information, mais aussi par le rôle normatif que leur confère leur statut d'expert.e.s en matière de contraception, leurs discours et leurs pratiques définissent un champ des possibles et du souhaitable qui constitue le point de départ du choix contraceptif des usager.e.s. Au niveau individuel, le fait d'opter pour une méthode de contraception en particulier, et notamment masculine, dépend de facteurs multiples, comme les représentations individuelles et collectives, les enjeux financiers, les dynamiques relationnelles des usager.e.s concerné.e.s, ou encore l'accessibilité légale, matérielle et institutionnelle des différentes méthodes. Mais les professionnel.le.s définissent le cadre normatif dans lequel ces différents facteurs peuvent jouer un rôle. Plusieurs études ont ainsi mis en avant l'influence des prescripteur/rice.s sur les choix contraceptifs des usager.e.s (de Irala, Osorio, Carlos et Lopez-del Burgo, 2011 ; Grove et Hooper, 2011), notamment en fonction de leur niveau de connaissances (Stubbs et Schamp, 2008 ; Dehlendorf, Levy, Ruskin et Steinauer, 2010) ou de leurs préférences personnelles (Buhling *et al.*, 2014). Il s'agit donc d'analyser les positionnements professionnels à travers les discours des enquêté.e.s et leurs récits de pratiques, afin de caractériser le cadre de l'interaction médicale menant au choix d'une méthode de contraception en particulier.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux représentations des praticien.ne.s autour des enjeux de genre, et notamment à la manière dont elles et ils appréhendent la

répartition actuelle des responsabilités entre femmes et hommes, et la potentialité d'une évolution de cette répartition (Chapitre 8). À partir de constats communs relatifs à la surresponsabilisation des femmes dans le domaine contraceptif, nous verrons que plusieurs profils professionnels émergent : un clivage entre deux types d'attitudes professionnelles se dessine en France, tandis que les attitudes britanniques apparaissent moins diversifiées et moins catégoriques quant à l'impossibilité d'une prise en charge masculine de la contraception. Ces représentations se traduisent dans les récits de pratiques de recommandations contraceptives aux usager.e.s (Chapitre 9). Les différences de contexte institutionnel entre les deux pays orientent considérablement les attitudes des professionnel.le.s et font varier le poids de leurs représentations dans la définition des panels de méthodes proposés aux usager.e.s.

Encadré : Présentation des enquêté.e.s

L'analyse des représentations et discours des praticien.ne.s prescripteur/rice.s de contraception en Angleterre et en France a été réalisée à partir de 33 entretiens semi-directifs. Elle s'est notamment appuyée sur une typologie des profils de professionnel.le.s construite à partir de plusieurs critères d'opposition qui "*en réduisant la complexité des phénomènes étudiés*" permettent de dégager "*une meilleure intelligibilité*" des matériaux analysés (Demazière, 2013, 333).

En premier lieu, les positionnements des praticien.ne.s en matière de représentations de genre peuvent être distingués, notamment à partir de leur compréhension des causes et origines de la responsabilité presque exclusive des femmes dans le domaine contraceptif. Leur prise en compte se fonde sur une hypothèse de recherche selon laquelle ce type de représentations de genre peuvent avoir un impact sur l'appréhension des méthodes masculines et leur recommandation.

Deuxièmement, une attention particulière a été portée aux attitudes professionnelles vis-à-vis du choix contraceptif : les représentations qu'ont les praticien.ne.s de leur rôle en la matière se divisent entre une attitude plutôt dirigiste, au titre de leur expertise médicale, et une posture d'accompagnement au choix qui implique une relation moins asymétrique avec les usager.e.s. Ces positionnements vis-à-vis du choix contraceptif sont susceptibles d'influencer la manière dont les professionnel.le.s abordent l'information contraceptive et la proposition d'un panel incluant ou non les méthodes masculines. Ils traduisent également la manière dont les professionnel.le.s abordent les recommandations de bonnes pratiques qui, elles,

préconisent une posture d'information et d'accompagnement. La question du choix contraceptif, mais aussi celle de l'ouverture des droits de prescription à d'autres professions médicales ou non permettent enfin de distinguer les praticien.ne.s du point de vue de leur perception plus générale du statut des médecins, dans l'interaction avec les usager.e.s et par rapport aux autres professions. Une de nos hypothèses de travail consiste en effet à explorer les conditions du choix contraceptif du point de vue de l'asymétrie entre soignant.e.s et usager.e.s, relation qui peut être analysée à travers les représentations professionnelles du statut de médecin.

Ces différents critères de classification ont ainsi été retenus en lien avec les hypothèses formulées en amont et au cours de l'analyse. Des portraits problématisés ont été réalisés pour chaque praticien.ne rencontré.e : quatre de ces portraits sont disponibles en annexe⁴⁰⁶ afin d'illustrer les structures d'opposition des représentations et récits de pratiques au sein de chaque groupe.

Les chapitres 8 et 9 restituent les analyses ayant permis de différencier les représentations et attitudes des professionnel.le.s : cet encadré présente en amont les enquêté.e.s selon la typologie retenue afin de faciliter la lecture par la suite.

En France, une typologie distinguant deux types d'approches a pu être établie.

Un premier groupe rassemble 8 praticien.ne.s dont les représentations peuvent être qualifiées d'"essentialistes", c'est-à-dire qu'elles inscrivent les comportements des individus dans un déterminisme biologique. Les professionnel.le.s de ce groupe sont par ailleurs caractérisé.e.s par une approche relativement dirigiste de la prescription contraceptive, justifiée par une hiérarchie de savoirs entre soignant.e.s et usager.e.s. Il se compose de trois sous-groupes.

Trois praticiennes, dont une médecin généraliste et deux gynécologues médicales, décrivent leur activité comme une pratique de "femme aux services des femmes". Elles revendiquent notamment l'apport de leur expérience de femmes pour accompagner d'autres femmes, et incluent dans leur pratique médicale une mission de protection des usagères vis-à-vis de leurs partenaires masculins.

Danielle K. est gynécologue médicale en Seine-Saint-Denis. Elle a 55 ans. Elle est salariée de plusieurs centres médicaux (donc conventionnés en secteur 1) et décrit une patientèle non-francophone, qu'elle raconte aider dans des domaines non-médicaux, par exemple pour leurs démarches administratives. Elle se dit féministe.

⁴⁰⁶ Cf. Annexe 8

Nadine H., est gynécologue médicale et a 62 ans. Elle exerce dans un groupement de praticien.ne.s libéraux en Seine-et-Marne (conventionné en secteur 1), dans un quartier pavillonnaire, et décrit une patientèle "familiale" et "privilegiée". Elle défend très fortement la légitimité de la gynécologie médicale, notamment pour les bénéfices qu'apporte une spécialité dédiée aux femmes.

Françoise S. est médecin généraliste, Elle a 50 ans. Elle exerce en libéral (secteur 1), seule, en Seine-Saint-Denis. Elle a suivi une formation spécifique pour pouvoir procurer des IVG médicamenteuses. En revanche, elle n'a pas souhaité se former spécifiquement en contraception, car elle juge la formation reçue au cours de ses études médicales suffisante.

Un second sous-ensemble de praticien.ne.s peut être caractérisé par une forte valorisation de leur expertise en tant que gynécologues. Ces praticien.ne.s disqualifient notamment la prise en charge de la prescription contraceptive par les médecins généralistes et les sages-femmes. Leur expertise est également mobilisée pour justifier une approche dirigiste de la consultation contraceptive.

Claudine D. est une gynécologue médicale âgée de 61 ans. Elle exerce en cabinet libéral, seule, dans l'est de Paris (conventionné en secteur 2). Elle dit avoir choisi ce métier parce qu'elle voulait s'occuper de "bébés".

Émile S. est un gynécologue médical qui exerce seul dans un cabinet situé dans un immeuble haussmannien du sud-ouest parisien (conventionné en secteur 2). Il a 74 ans. Il a eu une carrière relativement médiatique et dit avoir écrit plus d'une trentaine de livres sur la contraception. Il décrit sa patientèle comme "éduquée".

Samuel A. est gynécologue obstétricien dans un groupement médical de Seine-Saint-Denis (conventionné en secteur 2). Il a 59 ans et revendique notamment une expertise fine concernant l'endocrinologie.

Deux médecins généralistes appartiennent également à ce groupe en raison de leurs représentations de genre et de leurs attitudes vis-à-vis de la prescription. Ils se distinguent cependant des autres praticien.ne.s par l'absence de formation spécifique en matière de contraception dans leurs parcours et par la faible place occupée par la prescription contraceptive dans leurs pratiques (moins de 10%).

Olivier Q., est un médecin généraliste de 52 ans, exerçant en libéral (secteur 1), seul, dans le centre de Paris. La prescription contraceptive représente une faible part de son activité médicale, et consiste essentiellement à prescrire et renouveler des pilules hormonales.

Bernard S. est médecin généraliste dans une petite ville de Seine et Marne. Il est seul dans son cabinet conventionné en secteur 2. Il a 64 ans et vit avec sa famille dans l'appartement au-dessus du cabinet. Il dit n'avoir jamais utilisé de contraception. Il se décrit comme un médecin de famille, et raconte qu'il notifie les parents lorsqu'une jeune fille mineure lui demande une contraception.

Les praticien.ne.s du second groupe, baptisé "constructiviste", se distinguent des "essentialistes" par leur analyse de la prise en charge féminine de la contraception comme une construction sociale, et non comme découlant des caractéristiques biologiques des deux sexes. Elles et ils ne déclarent aucune affiliation religieuse. Ces praticien.ne.s ont dans l'ensemble une vision plus horizontale de la relation de soins que ceux du groupe "essentialiste" : elles et ils se positionnent en faveur du choix des usager.e.s et n'attribuent pas à la profession médicale une expertise supérieure aux autres professions. Ce groupe se départage selon deux types de caractéristiques qui éclairent cette posture professionnelle.

D'une part, les trois praticien.ne.s les plus âgé.e.s de ce groupe revendiquent une approche militante de la médecine, en décalage avec ce qu'elles et il qualifient de pratique majoritaire. Dominique E., est obstétricienne et gynécologue médicale. Elle a 59 ans et exerce seule dans un cabinet de Seine-Saint-Denis (conventionné en secteur 2). Elle décrit une approche de son métier transformée par une psychanalyse et par sa participation aux groupes Balint, des groupes de discussion collective entre soignant.e.s sur la relation de soins et de supervision des pratiques médicales⁴⁰⁷.

Pierre. Z., est médecin généraliste dans un cabinet collectif de Seine-Saint-Denis (secteur 2). Il se positionne en faveur d'une plus forte régulation des pratiques médicales pour assurer la qualité des soins. Il s'est investi dans des enseignements en ce sens, notamment en matière de contraceptifs long cours. Il a 60 ans.

Isabelle. H. est gynécologue obstétricienne et dirige un service hospitalier d'orthogénie en parallèle de sa pratique en maternité. Elle a 55 ans et décrit un parcours de militante de gauche, "*compagne de route du Planning Familial*". Elle a une réflexion poussée sur l'asymétrie de pouvoirs qui se joue dans l'interaction médicale et se dit en faveur de la démedicalisation de la contraception.

⁴⁰⁷ Les groupes Balint ont été conçus par le psychanalyste Michael Balint, dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes à Londres dans les années 1950. Ils proposent un partage d'expériences entre soignant.e.s dans une approche psychanalytique : la présentation de cas vise à travailler sur les relations entre praticien.ne.s et patient.e.s.

D'autre part, ce groupe rassemble les praticien.ne.s les plus jeunes en France, et l'appartenance générationnelle est mobilisée dans leurs discours pour promouvoir une approche moins paternaliste de la médecine.

Hélène G. est médecin généraliste : elle partage son cabinet parisien (conventionné secteur 1) avec une sage-femme, et a une activité orientée sur la maternité et la pédiatrie. Elle a 41 ans. Elle affirme la nécessité pour les médecins de reconnaître les limites de leurs connaissances, dans un contexte où les savoirs scientifiques évoluent très rapidement. Elle est formée pour poser des dispositifs intra-utérins.

Pauline R. est médecin généraliste dans un centre de Protection Maternelle et Infantile de Seine-Saint-Denis. Elle a 36 ans. Elle revendique le choix d'une médecine salariée et décrit son rôle de médecin comme une fonction d'accompagnement. Elle est formée pour poser des dispositifs intra-utérins et des implants.

Aïda D. est gynécologue médicale dans un service hospitalier parisien. Elle a 33 ans. Elle revendique un haut niveau d'expertise et des pratiques en conformité avec les recommandations cliniques. Selon elle, les médecins de sa génération sont moins paternalistes que leurs aîné.e.s.

William Q., médecin généraliste de 30 ans, est en remplacement dans un cabinet situé dans un grand ensemble de Seine-Saint-Denis (secteur 1). Il vient d'être diplômé et se dit particulièrement marqué, concernant son appréhension de la contraception, par un stage dans un centre d'interruption de grossesses. Suite à ce stage, il a choisi de réaliser sa thèse de médecine sur le choix contraceptif.

Damien M. est un médecin généraliste de 46 ans. Il exerce dans un cabinet collectif de Seine-et-Marne (secteur 1), où les pratiques collaboratives semblent être régulières. Après avoir été urgentiste pendant plusieurs années, il a choisi de travailler en milieu rural alors qu'il vit à Paris, par attachement à une "*médecine plus humaine*" et à un rythme de travail moins soutenu. La contraception ne représente qu'une très faible part de son activité (5 %) et il n'a pas suivi de formation particulière en la matière.

En Angleterre, les critères mobilisés dans l'analyse des discours (représentations genrées, attitude vis-à-vis du choix contraceptif, perception de la relation de soins) ne permettent pas de distinguer les soignant.e.s : sur ces différentes thématiques, leurs positionnements sont caractérisés par une relative homogénéité qui tranche avec la diversité observable en France. Cette plus grande homogénéité est d'autant plus remarquable que ce groupe de praticien.ne.s

rassemble des qualifications, des modes d'exercice et des nationalités très variées. Les soignant.e.s sont ici présenté.e.s en fonction de leur spécialité d'exercice, mais cette typologie ne recouvre pas de distinctions entre des postures différentes.

- Les spécialistes

Sophie N. est consultante en santé sexuelle et reproductive. Elle a 50 ans et exerce dans plusieurs services intégrés dans Londres. Elle a une activité de recherche en parallèle. Elle dit que les politiques d'encadrement et de standardisation des pratiques médicales ont permis de rééquilibrer les relations entre médecins et usager.e.s et d'améliorer la qualité des soins. Elle se dit féministe et emploie des termes comme "*patriarcat*", "*représentations de genre*" et "*phallocratie*" au cours de l'entretien.

Barak L. est un obstétricien et consultant en santé sexuelle et reproductive de 70 ans. Il dirige un service hospitalier intégré de santé sexuelle et reproductive qui propose une offre de vasectomie. D'origine irakienne, il s'est installé au Royaume-Uni à l'issue de ses études. Il est impliqué dans des projets permettant aux pharmacienn.e.s dans le sud de Londres d'initier une contraception.

Doris T. est une consultante en santé sexuelle et reproductive de 61 ans, qui prévoit de prendre sa retraite quelques mois après notre entretien. Elle a travaillé dans des cliniques de planification familiale dans les quartiers défavorisés de Londres. Elle a fait partie des premier.e.s membres de la *Faculty of Sexual and Reproductive Health* et a participé à des comités d'expert.e.s internationaux.

Barbara E. est une obstétricienne et consultante en santé sexuelle et reproductive de 41 ans. Elle a fait toutes ses études en Allemagne, d'où elle est originaire. Elle exerce dans un service de santé sexuelle et reproductive du centre de Londres.

- Les médecins généralistes

Olivia I. est médecin généraliste dans un cabinet collectif (trois médecins, une infirmière, une employée administrative) dans un comté rural limitrophe du Grand Londres (Essex). Elle a 53 ans. Elle se décrit comme religieuse et renvoie d'ailleurs les usagères qui souhaitent avorter vers ses collègues car elle se sent incapable de les accompagner de manière neutre. Elle a un diplôme du *Royal College of Obstetricians and gynaecologists*⁴⁰⁸ en contraception.

⁴⁰⁸ Ce diplôme requiert notamment de "*démontrer les connaissances, compétences et attitudes appropriées concernant le contrôle de la fécondité et l'interruption de grossesse.*" et de "*Comprendre les indications, contre-indications, le mode d'action et l'efficacité de toutes les méthodes de contraception réversibles ou irréversibles.*"

L'entretien a lieu alors qu'elle vient dans le centre de Londres pour une formation sur l'anneau vaginal.

Carl H. est un médecin généraliste qui exerce dans un petit cabinet de l'est du Grand Londres composé de trois médecins et d'une employée administrative. Il a 45 ans. Il s'est formé en contraception (diplôme du *Royal College of Obstetricians and gynaecologists*) afin de renforcer l'attractivité et la légitimité de son cabinet.

Christine N. exerce dans un cabinet collectif (quatre médecins, une infirmière, deux assistantes) dans un district de l'est du Grand Londres. D'origine nigériane, elle a 54 ans et détient un diplôme de la *Faculty of Family Planning and Reproductive Health*⁴⁰⁹. Au sein de son cabinet, elle a milité pour la mise en place d'un dispositif de distribution gratuite de préservatifs, ainsi que de créneaux horaires de consultation en santé sexuelle et reproductive spécifiques pour les jeunes.

Suvan. S. est un médecin généraliste de 34 ans, qui exerce dans un cabinet composé de cinq autres médecins, une infirmière et trois assistant.e.s administratifs, dans le sud du Grand Londres. La contraception n'occupe qu'une faible part de son activité car elle est plutôt prise en charge par ses collègues, mais il a quand même suivi une formation pour pouvoir répondre aux demandes des usager.e.s (diplôme de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare*).

Daphnee X. a 61 ans et travaille dans un centre médical affilié à une université du centre de Londres. Par le passé, elle s'est impliquée dans des groupes militants de femmes médecins et a donné des cours sur la planification familiale dans des quartiers défavorisés de Londres. Aujourd'hui, elle dit être en contact principalement avec des personnes jeunes et très diplômées, du fait de son lieu de travail. Elle a un diplôme du *Royal College of Obstetricians and gynaecologists*.

Julie U. exerce dans un centre de soins primaires du centre de Londres. Elle a 38 ans. Elle détient le diplôme de la *Faculty of Family Planning and Reproductive Health*. Elle décrit sa patientèle comme très mixte, avec notamment une part importante de personnes ne maîtrisant pas l'anglais.

(Syllabus du DRCOG, Module 7: "Fertility control (contraception and termination of pregnancy)". Cf. <https://www.rcog.org.uk/en/careers-training/drcog/syllabus/>)

⁴⁰⁹ Ce diplôme est délivré à l'issue d'une formation dont les objectifs sont décrits comme suit : les professionnel.le.s doivent prouver qu'elles ou ils sont capables d'"adopter une attitude dénuée de jugement", "d'expliquer les avantages et inconvénients dans l'ensemble du panel des options contraceptives (hormonales, intra-utérines, post-coïtales, barrières, d'urgence, naturelles et chirurgicales)". (FSRH, Learning Outcomes of the FSRH Diploma, consulté sur le site internet de la faculté en juin 2016 (<http://www.fsrh.org/careers-and-training/diploma--nurse-diploma/>))

Mary. C. exerce dans un district du sud de Londres. Elle partage son activité professionnelle entre un cabinet collectif (sept médecins) et une activité en santé publique pour le compte des autorités sanitaires locales un jour par semaine. Elle exerce également une journée par mois dans d'autres cabinets pour pallier un déficit de professionnel.le.s formé.e.s en contraception. Elle a 48 ans et détient un diplôme en médecine génito-urinaire (appellation des soins en liens avec les IST notamment), le diplôme de la *Faculty of Family Planning and Reproductive Health* et celui du *Royal College of Obstetricians and gynaecologists*.

- Les infirmier.e.s

Kate I. exerce dans un service de santé sexuelle et reproductive du centre de Londres. Elle a 43 ans. Elle apprécie l'activité en service spécialisé car elle bénéficie de formations et de séances d'informations régulières. Elle s'est formée suite à sa prise de poste pour pouvoir prescrire toutes les méthodes de contraception, y compris les dispositifs intra-utérins.

Irene L. est infirmière dans un cabinet de médecine générale du centre de Londres. Elle a 56 ans. En parallèle de son activité, elle a organisé des séances d'information sur la santé sexuelle et reproductive auprès d'hommes en milieu carcéral et a écrit un livre sur la protection contre les IST/MST. Elle est formée pour pouvoir prescrire toutes les méthodes de contraception, y compris les dispositifs intra-utérins.

Lisa D. exerce dans plusieurs services de santé sexuelle et reproductive du centre de Londres. Elle a 30 ans et a emménagé en Angleterre après avoir été formée et avoir commencé sa carrière en Australie, dont elle est originaire. Elle s'est formée en contraception car il s'agit d'un domaine où les infirmier.e.s bénéficient d'une grande autonomie, proche de celle dont elle bénéficiait en Australie. Elle est formée pour prescrire les pilules contraceptives, la contraception d'urgence et les injections, et est en train de terminer sa formation pour poser des implants et des DIU.

Thomas N. exerce dans un centre de soins primaires d'un quartier défavorisé du Grand Londres. Il a 40 ans et est d'origine irlandaise. Il est le seul homme dans son équipe professionnelle, et dit apprécier son secteur d'activité car cela l'a rendu plus conscient des "*difficultés que les femmes doivent traverser*". Il s'est orienté vers la santé sexuelle et reproductive suite à une opportunité professionnelle. Il a un diplôme pour la prise en charge des IST et est formé pour prescrire toutes les formes de contraception.

Tamara O. a 43 ans et exerce dans un centre de soins primaires au nord-est du Grand Londres, dans un ancien district industriel en reconversion. Elle est formée pour l'ensemble

des méthodes contraceptives, et a obtenu son accréditation pour poser des DIU moins d'un an avant l'entretien. Elle s'est intéressée à la contraception car elle aime être impliquée dans des activités de prévention, Elle participe également à la formation des enseignant.e.s du secondaire pour améliorer l'éducation sexuelle dans les collèges. Elle a une forte conscience de groupe professionnel et emploie toujours le "nous" lorsqu'elle évoque ses pratiques.

Florence L. travaille pour Marie Stopes International, une organisation qui délivre des services d'avortement et de vasectomie. Son activité clinique se partage entre les consultations autour des interruptions volontaires de grossesses et un cabinet privé de médecine générale. Elle est également responsable de la promotion des contraceptifs long cours auprès du personnel soignant de Marie Stopes International et de leur formation. Elle a un diplôme de planification familiale, peut poser des implants et des DIU et prescrire toutes les méthodes contraceptives. Elle est également formée à la prise en charge des IST. Elle a 44 ans.

Chapitre 8 :

Penser l'implication des hommes en matière contraceptive : les représentations professionnelles

En France comme en Angleterre, le paysage contraceptif est dominé par les méthodes médicales de contraception. D'efficacité théorique et pratique supérieure aux méthodes mécaniques ou naturelles de contraception, les pilules hormonales et les méthodes long cours se sont largement diffusées depuis leur arrivée sur le marché⁴¹⁰. Dans la mesure où ces méthodes s'adressent toutes, à l'exception de la vasectomie, aux usagères féminines, les deux pays sont caractérisés par une prise en charge majoritairement féminine de la contraception.

Les praticien.ne.s français.es et britanniques partagent deux constats contribuant selon elles/eux à éclairer cette situation commune. D'une part, les deux méthodes masculines disponibles ne sont pas équivalentes à l'offre contraceptive féminine : situés aux deux extrémités du spectre des méthodes disponibles, le préservatif, du fait de son utilisation nécessaire à chaque rapport, et la vasectomie, de par son caractère définitif, constituent des options qui n'offrent pas les avantages de réversibilité et d'indépendance vis-à-vis de l'acte sexuel des méthodes comme la pilule hormonale ou le dispositif intra-utérin. D'autre part, la prise en charge des responsabilités contraceptives par les femmes est mise en relation avec le fait que les conséquences procréatives de la sexualité ne sont pas les mêmes pour les femmes et les hommes. Les conséquences physiques en terme de fécondité ne concernent que les femmes, quelle que soit l'issue de la grossesse. Du point de vue social, dans les deux pays, le travail lié à la parentalité incombe toujours plus fortement aux femmes qu'aux hommes (Windebank, 2001 ; Puech, 2005 ; Colin, Djider et Ravel, 2005 ; Brugeilles et Sebille, 2011 ; Kan, Sullivan et Gershuny, 2011), et l'arrivée d'un enfant a des conséquences plus négatives sur les carrières féminines que masculines (Whitehouse, 2002 ; Pailhe et Solaz, 2007 ; Gangl et Ziefle, 2009), ce qui pourrait constituer une incitation plus forte pour les femmes à maîtriser la fécondité du couple.

⁴¹⁰ Le premier dispositif intra-utérin a été commercialisé à la fin des années 1920, mais son principe de fonctionnement était connu depuis l'Antiquité (McLaren, 1992). Il a connu de nombreuses évolutions (formes et matériaux utilisés) depuis. La pilule hormonale s'est diffusée en tant que contraception à partir des années 1960, en fonction des législations nationales. Les injections hormonales ont été commercialisées aux États-Unis à la fin des années 1970, et l'implant contraceptif en 1993. Le dispositif intra-utérin hormonal a été développé dans les années 1970 en Finlande et en Suède (Thiery, 2000) et autorisé en Angleterre en 1995 et en France en 2002. L'anneau vaginal a été commercialisé en 2001.

Cependant, au-delà de ces constats partagés, plusieurs systèmes de représentations émergent des entretiens réalisés avec les praticien.ne.s, consacrant des appréhensions différentes du genre, de la nature ou encore de l'égalité entre les sexes, mais aussi du rôle des professionnel.le.s en matière d'implication masculine.

I. De l'impossibilité naturelle à la prudence : l'appréhension française de l'implication masculine

En France, deux groupes de praticien.ne.s peuvent être distingués en fonction de leurs représentations et discours vis-à-vis de l'implication des hommes dans le domaine de la régulation de la fécondité d'une part, et de la consultation contraceptive d'autre part. Le premier groupe est composé en moyenne de praticien.ne.s plus âgé.e.s, attaché.e.s à une vision libérale et paternaliste de la médecine, et qui font référence à un ordre naturel pour expliquer la répartition genrée des responsabilités contraceptives. Le deuxième groupe, composé de professionnel.le.s plus jeunes et/ou marqué.e.s par une trajectoire militante, est caractérisé par une vision plus dynamique de cette répartition, mais témoigne d'une certaine ambivalence vis-à-vis de l'implication masculine en matière contraceptive.

1. Une vision essentialiste des rôles en matière de contraception

Parmi les seize praticien.ne.s rencontré.e.s en France, huit se distinguent par une appréhension de la répartition des responsabilités contraceptives en termes de compétences naturelles. L'inscription des compétences des individus dans un paradigme biologique procède d'une essentialisation. Ce processus consiste à faire dériver d'une différence biologique objective, ici la capacité gestationnelle de la plupart des femmes, des caractéristiques individuelles générales. La sociologue Odile Fillod a analysé le succès des discours essentialisants comme étant lié à leurs fonctions sociales et psychologiques : la naturalisation du genre permet aux adeptes d'une division sexuée des tâches au sein de la société de re-légitimer les inégalités de sexe dans un contexte où elles sont politiquement attaquées⁴¹¹. C'est d'ailleurs la signification attribuée par Thomas Laqueur à la domination progressive d'un modèle scientifique de différence absolue entre les corps masculin et féminin à partir du XVIIIe siècle, qui permettait de légitimer scientifiquement des inégalités sociales remises en cause par la Révolution française (Laqueur, 1992). Ces discours

⁴¹¹La rhétorique de la nature est également mobilisée par les partisan.e.s de l'hétéronormativité, comme argument de condamnation de l'homosexualité (Bajos, Ferrand et Andro, 2008 ; Fillod, 2014)

fournissent également des explications parées d'une aura scientifique à la persistance de différences comportementales et d'inégalités constatées au quotidien par les individus : *"L'explication de tous ces phénomènes par une différence de nature a notamment l'intérêt d'apporter une réponse simple à des questions compliquées, et d'être la plupart du temps conforme à l'évidence du déjà-su, mélange de sens commun et de mythes savants anciens."* (Fillod, 2014).

La différence de capacité gestationnelle entre les femmes et les hommes induit que les conséquences de la sexualité touchent différemment les individus en fonction de leur sexe, les femmes étant les seules à devoir assumer corporellement la poursuite d'une grossesse et son issue, ou son interruption. Cette différence est parfois interprétée comme le fondement de compétences et caractéristiques attribuées aux femmes ou aux hommes, et considérées comme découlant naturellement de leurs spécificités biologiques. Les inégalités sociales et juridiques entre les sexes ont ainsi été légitimées par le potentiel gestatif des femmes, l'expérience de la grossesse étant assimilée au développement spontané de capacités parentales accrues (Neyrand, 2003 ; Ferrand, 2004 ; Delforge, 2006), et plus largement associée à des spécificités comportementales et corporelles justifiant une différenciation des individus en fonction de leur sexe et une attribution sexuellement différenciée de tâches et de sphères d'activité. La gestation est ainsi au cœur du système binaire du genre, classifiant les individus en fonction de leur potentialité gestative (Tabet, 1985 ; Delphy, 1998 ; Praz, Modak et Messant, 2011 ; Rouch, 2011).

Cette appréhension biologique essentialise notamment les capacités parentales, en leur attribuant une caractéristique sexuée. Ce faisant, elle limite la parentalité à la gestation, en excluant toutes les dimensions socialement, géographiquement et historiquement variables de la parentalité (Godelier, 2004 ; Jami et Simon, 2004 ; Dubeau, Coutu et Lavigueur, 2007), et en niant les processus de socialisation à la parentalité qui s'adressent différemment aux individus en fonction de leur sexe (Truc, 2006 ; Camus et Oria, 2011). Elle attribue aux femmes et aux hommes des rôles parentaux distincts, fondés sur des compétences perçues comme biologiquement déterminées. Ainsi, constituer la grossesse, ou la capacité gestationnelle, comme un élément déterminant les compétences parentales des individus revient souvent à attribuer aux femmes un instinct maternel naturel et à exclure les hommes de la parentalité instinctive selon *"une vision essentialiste, enracinée dans notre nature de mammifère, dont découleraient des inclinaisons, des aptitudes, des traits de caractères, qui justifieraient la distinction, voire l'opposition entre maternage et paternage"* (Ferrand, 2005,

80). Les enquêtes sur les intentions de fécondité montrent que la majorité des enfants sont désiré.e.s par les deux membres du couple et vont donc à contre-courant de l'idée selon laquelle la parentalité serait un désir naturellement féminin (Bajos et Ferrand, 2002 ; Mazuy, 2009), mais la rhétorique différentialiste en matière de rôles parentaux a une fonction de justification de la permanence de la division sexuée du travail domestique (Devreux, 2005).

Les huit praticien.ne.s de ce premier groupe ont en commun d'attribuer un rôle déterminant à la grossesse en matière de compétence contraceptive. Du fait de leur potentiel gestatif, les femmes seraient ainsi naturellement compétentes et responsables en matière contraceptive, dans le prolongement d'un intérêt biologiquement déterminé pour tout ce qui touche à la parentalité. Cette posture peut être qualifiée d'essentialiste dans la mesure où elle interprète la répartition sexuée des responsabilités contraceptives comme découlant de caractéristiques biologiques des individus.

a. Des compétences naturellement sexuées en matière contraceptive

La capacité gestationnelle des femmes est ainsi appréhendée comme déterminant un ensemble de comportements dépassant le simple cadre procréatif. Les femmes seraient dès l'enfance préoccupées par leur fécondité future, ce qui se traduirait par une attitude particulière vis-à-vis de leur santé, notamment génésique mais pas uniquement. Ces praticien.ne.s attribuent aux femmes des interrogations constantes et des inquiétudes quant à leurs capacités procréatives. Elles et ils décrivent des patientes consultant "*au moindre état d'âme*" (Olivier Q., médecin généraliste, homme, 52 ans, FR). Dans ce cadre, la compétence contraceptive, c'est-à-dire la capacité à entreprendre les démarches pour obtenir un contraceptif et à suivre le traitement, est interprétée comme s'appuyant sur ces particularités féminines, et notamment un sentiment de responsabilité vis-à-vis de la fécondité et des enfants (né.e.s ou envisagé.e.s). Il est donc "naturel" pour ces praticien.ne.s que la responsabilité contraceptive incombe presque exclusivement aux femmes, car elles sont les seules en capacité de s'y intéresser et de l'endosser. Cette compétence contraceptive s'inscrit dans l'ensemble plus large des compétences traditionnellement attribuées aux femmes en lien avec la maternité, comme les soins aux enfants ou encore un rôle d'"*agent principal de verbalisation et de résolution des problèmes de santé au sein de la famille*" (Memmi, 2003, 265). De manière paradoxale, la motivation à prendre une contraception serait ainsi liée à des préoccupations maternelles, de préservation du bien-être d'une famille actuelle ou future, une forme de "projet parental différé" (Ruault, 2015, 42). Cette vision professionnelle renvoie aux traditions sémantiques et politiques françaises, qui ont privilégié le vocable "planification

familiale" à celui de "*birth control*", comme si le fait d'éviter des grossesses relevait nécessairement d'une préoccupation familiale⁴¹².

Cette appréhension de la compétence contraceptive féminine comme "naturelle" est particulièrement intéressante dans la mesure où les mêmes professionnel.le.s abordent par ailleurs la consultation contraceptive comme un moment de pédagogie, insistant sur les idées reçues et l'ignorance des femmes consultantes, et sur le rôle des médecins en matière d'orientation de la décision⁴¹³. Cette compétence innée n'émerge donc que dans une perspective de mise en opposition des capacités contraceptives féminine et masculine, lorsque l'on évoque un éventuel partage des responsabilités en la matière. Cette variabilité de la compétence féminine laisse entrevoir une réticence de principe à une prise en charge contraceptive masculine, dans la mesure où la justification de l'exclusion des hommes passe par l'attribution aux femmes d'une compétence qui leur est d'ordinaire refusée.

En effet, le pendant d'une compétence contraceptive naturellement féminine, car ancrée dans le potentiel de grossesse, est l'incompétence naturelle des hommes. Du fait de leur incapacité gestationnelle, ces derniers seraient incapables de se préoccuper de leur fécondité, et donc d'endosser cette responsabilité considérée comme naturellement féminine. Le fait de ne pas porter les enfants eux-mêmes impliquerait une forme d'indifférence vis-à-vis du domaine de la santé reproductive, de la maîtrise de la fécondité, voire même des enfants eux/elles-mêmes : "*Les hommes, ils peuvent ne pas reconnaître les enfants, ils peuvent s'en aller et ne plus jamais en entendre parler... Je veux dire, ça, ils l'ont en eux.*" (Françoise S., médecin généraliste, femme, 50 ans, FR).

Les spécificités corporelles féminines et masculines sont ainsi appréhendées comme déterminant des comportements radicalement différents : "*Les femmes se posent plein de questions [sur la fécondité]. Le corps de la femme, il est centré là-dessus, le corps de l'homme est centré sur sa sexualité. Il n'est pas centré sur sa fécondité. Et c'est pour ça que quand il est infécond, ça lui fiche un coup, parce qu'il ne se sent plus un homme, parce que chez lui ce qui domine, c'est la sexualité. Pour lui, la fécondité découle de la sexualité.*" (Claudine D., gynécologue médicale, femme, 61 ans, FR). Cette orientation du "corps masculin" sur la sexualité est associée à une indifférence vis-à-vis de la fécondité et à une forme d'inconséquence vis-à-vis des conséquences procréatives potentielles de la sexualité. Les hommes seraient naturellement peu intéressés et peu responsables, relativement ignorants

⁴¹² Cf. Chapitre 4, Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives

⁴¹³ Cf. Chapitre 9, II. 2. La réduction du choix par le paternalisme médical des essentialistes

de tout ce qui concerne la reproduction, des caractéristiques peu propices à leur responsabilisation contraceptive.

Cette posture est particulièrement marquée chez les femmes, et notamment les trois professionnelles qui revendiquent un engagement en faveur des femmes qu'elles suivent dans leur cabinet, Françoise S., Nadine H. et Danièle K. Elles considèrent que les hommes représentent une menace potentielle à l'autonomie corporelle des femmes et se montrent méfiantes à l'égard de leur présence dans leurs cabinets. Elles intègrent à leur rôle professionnel une responsabilité vis-à-vis de femmes qu'elles perçoivent comme ayant besoin de protection. Pour ces praticiennes, confier la responsabilité contraceptive aux partenaires masculins se heurterait à des enjeux de confiance indépassables. L'irruption d'une grossesse est considérée comme une conséquence de la sexualité touchant uniquement les femmes, et le comportement des hommes en la matière est essentiellement abordé sous l'angle d'une irresponsabilité majeure et inscrite dans le "rapport masculin" à la sexualité. Elles s'expriment d'ailleurs parfois en tant que femmes, utilisant le "nous" et mobilisant leur expérience personnelle : *"En même temps, moi en tant que femme, je pense que, avant d'être en couple et d'avoir confiance en la personne qui est en face de moi, en sachant que, il me fera pas un enfant comme ça et que si il me dit qu'il est stérilisé, je lui ferais confiance, je suis pas sûre que j'aurais fait confiance comme ça."* (Françoise S., médecin généraliste, femme, 50 ans, FR).

Cette impossibilité de faire confiance aux hommes se manifeste aussi chez les praticiens masculins, mais ces derniers insistent plus volontiers sur les dangers corporels que représenterait une contraception hormonale masculine, considérée comme une interférence problématique avec le fonctionnement corporel masculin. Ainsi, ces praticiens considèrent que si la pilule masculine n'existe pas, c'est parce qu'un traitement hormonal masculin interfère avec le fonctionnement biologique masculin et induit une disparition de la libido et donc de la sexualité. Les éventuelles conséquences d'une prise hormonale sur la libido féminine sont, elles, considérées comme d'origine psychologique. Ces positionnements rappellent les phénomènes analysés par la sociologue Nelly Oudshoorn dans le domaine de la recherche en contraception masculine : *"De manière frappante, l'appréciation des risques sanitaires de la contraception masculine montre le rôle structurant des normes de genre dans la construction des standards de sécurité. Au cours des trois décennies de tests, les risques d'interférence des composés contraceptifs hormonaux avec les fonctions sexuelles ont été le plus débattu des effets secondaires. Cette inquiétude reflète une préoccupation culturelle pour*

les normes de la masculinité qui peut être résumée par «On ne touche pas à la sexualité masculine»."(Oudshoorn, 2003, 110). La prise en charge masculine de la contraception, notamment si elle passe par un traitement hormonal, est donc disqualifiée par ces médecins du fait des dangers physiques qu'elle représente pour les hommes et pour leur sexualité. Les médecins généralistes masculins de ce groupe, Olivier Q. et Bernard S., utilisent le vocable "nous", témoignant de leur appréhension située d'une éventuelle pilule masculine et de ses dangers : *"Ce n'est pas une bonne chose parce qu'on n'est pas faits de la même manière, nous les hommes et les femmes. Et nous on fabrique en permanence des trucs prêts à faire des enfants, tandis que vous, il faut attendre le cycle. Et si jamais on bloque, j'ai peur qu'il y ait des risques secondaires. Genre problèmes testiculaires, je pense cancer, je pense à des trucs comme ça... problèmes plus importants que la pilule; où souvent c'est des kystes, souvent c'est des saignements, mais ce n'est pas souvent des problème de cancer."* (Bernard S., médecin généraliste, homme, 64 ans, FR). Deux praticiens, Émile S. et Olivier Q., assimilent la contraception hormonale masculine à la castration chimique.

Les comportements et les représentations des individus en matière de santé sexuelle, de contraception ou de sexualité, seraient donc profondément différenciées selon leur sexe. Ces différences ne sont pas abordées comme des constructions sociales mais comme découlant des places qu'occupent les femmes et les hommes dans les processus de reproduction humaine, qui détermineraient des rapports genrés à la sexualité. Ce discours différentialiste, et donc essentialisant, sur la sexualité, semble relativement dominant au sein de la société française. Comme l'ont analysé Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Armelle Andro, la croyance en des différences biologiques sexuées en matière de sexualité remplit une fonction de justification, en termes de perpétuation mais aussi de signification, de la persistance des inégalités sociales entre les femmes et les hommes : *"Adhérer à ce type de croyance permettrait de résoudre les tensions normatives qui se font jour entre des pratiques qui restent inégalitaires alors que les représentations, elles, sont de plus en plus égalitaires"*. (Bajos, Ferrand et Andro, 2008, 546).

Une appréhension essentialiste de la répartition des responsabilités contraceptives a pour conséquence de la présenter comme immuable, puisque découlant de caractéristiques biologiques indépassables. Les praticien.ne.s de ce groupe considèrent d'ailleurs dans leur ensemble que l'égalité entre les femmes et les hommes est une *"illusion"* (Danièle K.), et insistent plutôt sur le respect de la complémentarité des sexes comme idéal de société : *"Dans la société on cherche la parité, la parité à tout, mais on ne peut pas avoir une parité à tout. Je veux dire, il y a des hommes et puis il y a des femmes. On a une psychologie qui est différente,*

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

on a une conception des choses qui est complètement différente, une sensibilité qui est différente, et puis on a des organes aussi qui sont différents. Donc il faut reconnaître qu'on ne pourra jamais être sur le même plan, ce n'est pas possible. [...] On ne peut pas aller contre la nature. Ou alors, on va au-devant de graves problèmes. Donc voilà, la nature est là, et il ne faut pas aller contre la nature." (Samuel A., gynécologue obstétricien, homme, 59 ans, FR).

Les professionnel.le.s appartenant à ce premier groupe d'enquêté.e.s partagent donc des représentations différentielles des individus qui attribuent à chaque sexe des préoccupations, des compétences et des fonctionnements biologique et psychique distincts. La répartition genrée des responsabilités contraceptives s'inscrirait selon eux dans une division naturelle des tâches en accord avec les caractéristiques sexuées des hommes et des femmes. L'implication des hommes en matière contraceptive apparaît dans ces discours non seulement peu probable, car contraire au fonctionnement naturel du corps et de la psyché masculines, mais également peu souhaitable, la disruption de l'ordre naturel pouvant se révéler dangereuse pour les hommes comme pour les femmes, et les différences étant perçues comme des richesses complémentaires plutôt que comme des inégalités (Marro, 2012).

Ces prises de position émanent de huit praticien.ne.s français.es sur les seize que nous avons rencontré.e.s. Par rapport à l'ensemble du groupe français, ces enquêté.e.s se distinguent du point de vue de leur âge et de leurs attitudes professionnelles.

b. Discours essentialiste et posture professionnelle : les fonctions sociales de la référence à la nature

Les membres du groupe essentialiste ne se distinguent pas fondamentalement du second groupe du point de vue des spécialités médicales exercées : il rassemble légèrement plus de spécialistes, avec cinq gynécologues et trois médecins généralistes contre trois gynécologues et cinq médecins généralistes dans le second groupe. Du point de vue du sexe, il n'y a pas de distinction majeure entre les deux groupes, le premier étant paritaire et le second rassemblant trois hommes et cinq femmes. Le sexe n'apparaît pas clivant en termes de modes de prise de parole ni de contenu : les discours relevant d'une posture genrée sont présents dans les deux groupes, avec des praticien.ne.s qui s'expriment "*en tant que femme*" ou "*en tant qu'homme*", fondant leur opinion sur leur ressenti personnel. En revanche, les membres de ce groupe se distinguent fortement des autres praticien.ne.s français.es rencontré.e.s sur le plan de l'âge : les médecins adhérant à ces représentations différentielles se situent parmi les plus âgé.e.s, avec une moyenne d'âge de 60 ans (de 50 à 74 ans), alors que la moyenne du second groupe

est de 45 ans (de 30 à 60 ans). Les praticien.ne.s qui déclarent une pratique religieuse appartiennent tou.te.s au groupe essentialiste, ce qui peut concourir aux références à un ordre naturel⁴¹⁴. Elles et ils se caractérisent également par leur mode d'exercice et pratiquent presque tou.te.s la médecine en libéral (sept sur huit), avec une tendance légèrement plus forte que dans le second groupe à un exercice strictement individuel (cinq praticien.ne.s sur huit, contre une sur huit), et à un conventionnement dans le secteur 2 (quatre praticien.ne.s contre deux dans le second groupe).

Ces praticien.ne.s adhèrent dans l'ensemble à une vision du métier de médecin comme une profession valorisée socialement et distinguée du point de vue intellectuel. La relation thérapeutique est appréhendée comme intrinsèquement asymétrique, ce qu'elles et ils justifient par le caractère supérieur de leur instruction et leur statut de "*gens qui savent*." (Claudine D., gynécologue médicale, femme, 61 ans, FR).

Cette posture professionnelle, ainsi que l'inscription de leurs pratiques dans le cadre de la médecine libérale française, laissent entrevoir une forme d'attachement à une médecine traditionnelle, opposant les statuts de savant.e et de malade dans le cadre du colloque singulier. Dans ce contexte, la fonction des représentations et des discours essentialistes qui caractérisent ces praticien.ne.s peut être interprétée comme relevant d'une nécessité de posture : en faisant basculer des phénomènes d'ordre social dans le domaine de la biologie, les médecins rendent ces phénomènes explicables et relevant de leur domaine d'expertise. La biologisation des comportements consacre ainsi l'expertise médicale sur des phénomènes sociaux. En l'absence d'observation participante des consultations, il n'est pas possible de déterminer si cette posture est adoptée de manière générale ou seulement face à une chercheuse en sociologie, afin de réaffirmer leur légitimité à s'exprimer sur des sujets à la frontière du social et du médical. Mais la cohérence des discours laisse penser qu'il s'agit d'un ensemble de représentations stables, puisqu'elles s'expriment de manière relativement systématique sur des sujets pourtant variables.

Cette dimension posturale peut également être rattachée aux spécificités linguistiques des discours produits : l'usage de l'indicatif, mais aussi de catégories générales homogénéisées ("*les hommes*" et "*les femmes*", voire "*l'homme*" ou "*la femme*") relève de manifestations de certitude, renforcées par l'absence de locutions de modération ("*je ne sais*

⁴¹⁴ Un certain nombre de praticien.ne.s ayant refusé de s'exprimer sur leur éventuelle appartenance religieuse, nous n'avons pas pu mener d'analyse approfondie du rôle de la religion. Cependant, tou.te.s celles et ceux qui ont déclaré avoir une pratique religieuse en France appartiennent au groupe "essentialiste", ce qui témoigne d'une spécificité des membres de ce groupe vis-à-vis des questions confessionnelles.

pas", "*peut-être*"), ce qui distingue ce premier groupe du second. La référence à un savoir ésotérique, qui plus est considéré comme susceptible d'expliquer des phénomènes bien Au-delà du médical, s'inscrit dans des rapports de pouvoir : affirmer la légitimité de l'expertise professionnelle revient à affirmer l'autorité médicale. Comme l'avaient montré Monique Dagnaud et Dominique Mehl, la culture scientifique et technique de la profession peut être mobilisée comme "*balise par rapport à la demande sociale*", afin d'appuyer des arbitrages et des refus sur des connaissances inaccessibles aux consultantes (Dagnaud et Mehl, 1988, 280). Nous verrons que cette posture se prolonge effectivement dans l'organisation de l'interaction entre ces médecins et les usagères en demande de contraception.

La caractérisation des distinctions entre les deux groupes de cette typologie française amène à affilier le groupe des "essentialistes" à une médecine traditionnelle, à tendance paternaliste, ce qui se retrouve dans la manière dont elles et ils abordent les questions de choix contraceptif⁴¹⁵.

La posture essentialiste de ces praticien.ne.s se distingue des représentations d'un deuxième groupe de professionnel.le.s français.es, rassemblant les médecins les plus jeunes, et partageant une approche plus constructiviste de la répartition genrée des responsabilités contraceptives. À la différence de l'immutabilité consacrée par la référence à la nature, le caractère social et construit des rôles de genre auxquels ces praticien.ne.s attribuent la répartition actuelle des tâches implique sa variabilité potentielle : la prise en charge très féminine de la contraception est susceptible d'évoluer si les représentations sociales autour de cette question se modifient.

2. Un constructivisme prudent : une implication masculine possible mais ambivalente

Le deuxième groupe de praticien.ne.s rencontré.e.s en France se distingue par une approche plus socio-historique de la répartition genrée des responsabilités contraceptives, abordée comme résultant d'une construction sociale et de représentations, et non comme découlant directement de caractéristiques biologiques sexuées des individus. Cette appréhension dynamique des rapports de genre en matière de contraception permet d'envisager un changement des usages, mais ce dernier n'est appréhendé qu'avec prudence.

a. *Le genre de la contraception : une construction sociale ?*

La féminisation de la contraception est resituée par plusieurs praticien.ne.s dans le cadre des luttes féministes qui ont été nécessaires à sa libéralisation en France. Aïda D. et

⁴¹⁵ Cf. Chapitre 9 II 2. La réduction du choix par le paternalisme médical des essentialistes

Dominique E. considèrent ainsi qu'il s'agit d'une conquête des femmes pour les femmes, qui a cristallisé un contrôle féminin de la fécondité face à des hommes opposants ou passifs. La contraception serait ainsi devenue synonyme d'émancipation féminine vis-à-vis des conséquences de la sexualité et d'autonomisation corporelle. Dans la mesure où les luttes sociales françaises ont été portées majoritairement par des femmes et selon une rhétorique de défense des droits des femmes (Pavard, 2012b), les représentations autour de la contraception consacrent sa dimension féminine. Dans une perspective comparatiste, on peut formuler l'hypothèse que la libéralisation de la contraception en France relève effectivement d'un combat politique difficile, qui a nécessité une mobilisation féministe de grande ampleur. En Angleterre, en l'absence d'interdiction et d'opposition politique majeure, l'acquisition des droits contraceptifs s'est faite plus tôt, de manière moins politisée et a mobilisé d'autres rhétoriques que celle des droits des femmes⁴¹⁶.

Dans cette construction politique du caractère féminin de la contraception, les hommes apparaissent comme inactifs, voire satisfaits d'un *statu quo* qui les déresponsabilise quant à la maîtrise de la fécondité. Mais cette passivité masculine n'est pas attribuée à des caractéristiques biologiques ou psychologiques intrinsèquement masculines et il n'est pas fait référence à une impossibilité naturelle pour les hommes de se préoccuper de ces questions. Au contraire, le pendant d'une responsabilité féminine construite socialement est que l'absence des hommes du domaine de la contraception correspond également à des rôles de genre construits socialement. Les praticien.ne.s de ce groupe évoquent ainsi des apprentissages développant les compétences et l'intérêt des femmes en matière contraceptive, mais excluant les hommes, et ce dès l'enfance. Hélène G., médecin généraliste, évoque par exemple les discussions intrafamiliales au moment de la puberté qui permettent aux jeunes filles d'accumuler des connaissances sur le fonctionnement reproductif et sur les moyens de prévenir des grossesses non prévues. Pour William Q., les informations délivrées dans le cadre scolaire sur ces thématiques s'adressent préférentiellement aux jeunes filles.

En inscrivant la répartition des responsabilités contraceptives dans des rôles de genre socialement construits, ces praticien.ne.s se distinguent d'une posture essentialiste qui considère cette division comme immuable. Une plus grande implication des hommes dans le domaine contraceptif, voire leur prise en charge de cette responsabilité, ne seraient pas impossibles selon les praticien.ne.s "constructivistes", sous réserve de profondes

⁴¹⁶ Cf. Chapitre 4 Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives

modifications sociales. Ce changement passerait par une éducation différente dès l'école primaire (William Q.) et dans les familles (Aïda D., Hélène G.).

Seuls trois praticien.ne.s évoquent un éventuel rôle des médecins ou de l'institution médicale dans la féminisation de la contraception, et la possibilité de participer à un changement social en la matière. Damien M. évoque timidement la participation des médecins à la construction d'une culture contraceptive féminine : "*Je ne sais pas où il est écrit que c'est la femme qui doit s'occuper de la régulation des naissances mais en tout cas, c'est comme ça que ça se passe. [...] Et j'y participe. Puisque... on est dans ce système.*" (Damien M., médecin généraliste, homme, 46 ans, FR). Hélène G., médecin généraliste, affirme quant à elle qu'elle ne se pose pas suffisamment de questions en tant que professionnelle quant à l'implication des hommes et suggère que les médecins ont "*peut-être un rôle à jouer*". Pour Isabelle H., gynécologue dans un service hospitalier, il est important que les services contraceptifs se montrent plus accueillants vis-à-vis des hommes et dépassent une forme d'*a priori* négatif. Elle a personnellement milité pour que le Pass Contraception⁴¹⁷ développé en Île-de-France puisse être distribué aux garçons également. Cependant, pour la majorité des praticien.ne.s de ce groupe, si le changement est possible, il ne peut être initié que dans les sphères familiales et scolaires.

Par ailleurs, si l'implication des hommes dans le domaine de la contraception n'est pas appréhendée comme naturellement impossible, elle est perçue comme comportant des risques pour l'autonomie corporelle des femmes.

b. Possible n'est pas souhaitable : l'ambiguïté de l'implication masculine

Pour les praticien.ne.s du second groupe, il n'existe pas d'obstacle biologique à une implication masculine dans le domaine de la contraception. Certain.e.s font d'ailleurs le constat d'une implication déjà existante qui prend des formes variables, du partage du coût de la contraception à l'emploi du préservatif en cas d'oubli de pilule en passant par un soutien au suivi du traitement auprès de leurs partenaires féminines : "*Ce qui est rigolo, c'est quand ils sont très jeunes et qu'ils sont là tous les deux, les garçons sont très impliqués, y compris sur la contraception. Il y a des garçons qui font sonner eux-mêmes leur propre portable pour envoyer un SMS à leur copine [pour lui rappeler de prendre la pilule], enfin bon des trucs qui sont vraiment marrants, d'implication, d'investissement.*" (Isabelle H., gynécologue

⁴¹⁷Le Pass Contraception était un dispositif mis en place dans plusieurs régions françaises visant à améliorer l'accessibilité de la contraception pour les jeunes de moins de 20 ans. Il se présentait sous la forme d'un carnet de coupons permettant l'accès entièrement gratuit à des consultations médicales et des prescriptions relatives à la santé sexuelle et reproductive. Il a été supprimé en Ile-de-France en 2016.

obstétricienne, femme, 55 ans). Les "constructivistes" admettent ainsi une certaine variabilité dans les comportements masculins, en fonction des individus, des situations de couples, qui se distingue de la "nature masculine" stable et générale décrite par les "essentialistes".

De même, la mise sur le marché d'une éventuelle pilule masculine est perçue comme pouvant intéresser certains couples, sans que cela ne soit associé à des dangers pour l'organisme masculin. Les "constructivistes" n'attribuent d'ailleurs pas les retards de la recherche en matière de contraception hormonale masculine à un impact prétendument négatif sur la libido masculine, mais à des réticences sociales, politiques et économiques, notamment à un désintérêt de la part des laboratoires pharmaceutiques souligné par Isabelle H., Pierre K. et Damien M.

Cependant, si cette plus grande implication masculine est possible, elle n'est pas nécessairement considérée comme souhaitable. Si les praticien.ne.s de ce groupe considèrent tou.te.s que l'attribution de la responsabilité contraceptive aux femmes seules est une situation injuste, la nécessité de protéger l'autonomie corporelle des femmes fait également partie de leurs discours. Dans le prolongement de leur prise en compte des luttes sociales féministes pour la libéralisation de la contraception, un certain nombre de praticien.ne.s semblent considérer que le droit à l'autonomie corporelle des femmes doit encore être protégé en France, ce qui influence la manière dont elles et ils envisagent une plus forte présence masculine dans ce domaine. Ainsi, si une plus grande implication des hommes est perçue favorablement, elles et ils sont plusieurs à préciser que cette implication ne doit pas se faire au détriment du pouvoir décisionnel des femmes : *"il ne faudrait pas que ce soient les hommes qui aient le contrôle"* précise Pauline Q., médecin généraliste.

La présence des hommes en consultation et leur implication dans le suivi des traitements hormonaux sont ainsi alternativement perçues comme des marques d'intérêt et de soutien, ou comme des tentatives de contrôle sur l'autonomie corporelle des femmes. Ces praticien.ne.s témoignent de difficultés à concilier la protection de l'autonomie des femmes à une attitude accueillante vis-à-vis des hommes qui souhaitent s'impliquer. Pauline R., médecin généraliste, évoque cette difficulté vis-à-vis de la présence des hommes lors des consultations de contraception : *"Mais souvent quand même mon premier truc, c'est de me dire, et ce n'est pas bien je pense, de me dire : «Qu'est-ce qu'il fait là lui ?». Enfin j'ai toujours un peu peur que quand il est là, c'est parce qu'il veut contrôler un peu les choses. [...] Donc voilà, je suis prudente, je ne dirais pas méfiante parce que, parfois je pense que je le suis, mais j'essaie de ne pas être méfiante, plutôt prudente mais d'essayer de faire avec... Voilà, je pense qu'en*

même temps, c'est important qu'ils soient à deux, mais il faut que le mari soit là pour les bonnes raisons." (Pauline R., médecin généraliste, femme, 36 ans, FR). Ces difficultés semblent renvoyer à une opposition entre la protection de l'autonomie corporelle des femmes d'une part, et l'implication des hommes d'autre part, au sein de laquelle les soignant.e.s se positionnent avant tout comme protecteurs des droits des femmes. Ainsi, si Dominique E. évoque la perte de contrôle des hommes sur la régulation de la fécondité et s'étonne du manque d'implication des hommes ("*C'est comme si ça les arrangeait bien, et moi je pense qu'ils ont tort de penser que ça les arrange bien.*"), elle précise immédiatement : "*Mais quelque part, je suis quand même du côté des femmes [rires].*" (Dominique E. obstétricienne et gynécologue médicale, femme, 59 ans, FR).

Ces représentations renvoient aux particularités du contexte français, dans lequel le droit à l'autonomie corporelle n'a été obtenu qu'à l'issue de luttes sociales d'envergure, dans un contexte légal et politique très hostile à la contraception. On peut ainsi émettre l'hypothèse de la perception de cette autonomie comme étant précaire, une représentation qui oriente la manière dont est envisagée une potentielle implication des hommes. Les mouvements féministes français se sont d'ailleurs traditionnellement montrés peu critiques vis-à-vis de la pilule contraceptive et de ses conséquences potentiellement néfastes pour la santé des femmes, par opposition à leurs homologues états-uniens (Löwy, 2005). Tout se passe comme si les difficultés d'obtention du droit à la contraception (essentiellement envisagée comme la pilule contraceptive dans les années 1960), participaient à maintenir un *statu quo* contraceptif en France, tant en termes de domination de la pilule hormonale sur les autres méthodes, qu'en termes de répartition genrée des responsabilités. La pilule hormonale et la responsabilisation des femmes en matière contraceptive ne sont envisagées que sous l'angle d'une autonomie accrue des femmes, et plus difficilement en termes de charge ou de risques. En Angleterre, la diffusion de la contraception a été antérieure au développement de la pilule, moins conflictuelle et plus variée dans ses acteurs et actrices. L'implication masculine peut potentiellement être perçue comme une moindre menace, dans la mesure où les hommes ont été présents dès le départ, en tant que médecins favorables à la mise en place d'enseignements, en tant que militants⁴¹⁸ ou encore en tant que responsables de la contraception avec le recours au préservatif ou à la vasectomie.

⁴¹⁸ Cf. Partie II La contraception en héritage : le poids des cultures nationales historiques en matière de régulation de la fécondité

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

Les praticien.ne.s de ce groupe envisagent cependant pour la plupart qu'il est possible de confier la responsabilité de la contraception aux hommes, mais dans le cadre d'un couple stable, et d'une relation de confiance accrue. Il serait, pour William Q., plus aisé de faire confiance à un homme pour assumer cette responsabilité si le mode d'administration d'une éventuelle pilule masculine limitait les risques d'oublis, par exemple *via* le recours à un implant. Contrairement aux praticien.ne.s du premier groupe, les professionnel.le.s "constructivistes" ne considèrent donc pas que la répartition genrée des responsabilités contraceptives est naturelle et immuable mais abordent un éventuel changement avec prudence, en considérant notamment que l'implication des hommes peut avoir des motivations menaçant l'autonomie corporelle des femmes.

Les points de distinction majeurs avec les praticien.ne.s "essentialistes" sont donc l'appréhension en termes sociologiques et historiques de la féminisation de la contraception, mais aussi l'admission d'une variabilité de comportements masculins, par opposition à une nature masculine presque homogène, car biologiquement déterminée. Les caractéristiques socioprofessionnelles des praticien.ne.s de ce groupe peuvent potentiellement éclairer ces représentations constructivistes.

c. Des médecins jeunes ou militant.e.s : une posture professionnelle atypique

La composition du groupe "constructiviste" se distingue de celle du premier notamment par les conditions de travail de ses membres qui ont plus souvent choisi d'exercer en cabinet collectif (sept praticien.ne.s sur huit contre trois sur huit dans le groupe des "essentialistes") ou de manière salariée (trois contre une seule praticienne dans le premier groupe). Pour certain.e.s praticien.ne.s, comme Pauline R., qui exerce dans un centre de Protection Maternelle et Infantile, ou Isabelle H., qui exerce à l'hôpital, le mode d'exercice salarié et collectif relève d'un choix politique d'une pratique médicale différente de la majorité des médecins, moins orientée vers la lucrativité. Cela se traduit également par un choix plus fréquent de conventionnement en secteur 1 dans ce groupe.

Ces spécificités dans les choix d'exercice opérés par les professionnel.le.s se comprennent notamment au regard la composition sociale de ce groupe. Il rassemble d'une part, les praticien.ne.s les plus jeunes parmi les professionnel.le.s rencontr.e.s, qui appartiennent à des générations professionnelles marquées par une tendance à une appréhension différente de la médecine et "*un mouvement de distanciation (et une remise en cause) par rapport à [...] l'«éthos professionnel», c'est-à-dire les manières de faire et de*

penser propres à un groupe professionnel donné" (Lapeyre et Robelet, 2007, 20). Les jeunes générations de médecins favorisent l'exercice collectif de la médecine (Baudier *et al.*, 2010), le salariat, permettant notamment une meilleure gestion du temps de travail, et sont moins réticentes à la collaboration avec les autres professions médicales, témoignant d'un attachement moindre au principe de la domination professionnelle des médecins (Pierru, 2015). Les jeunes générations de médecins semblent aussi adhérer au principe d'une médecine plus engagée dans un renouvellement continu des connaissances (Bloy, 2011) puisqu'elles et ils ont été formé.e.s alors que les obligations de formation continue étaient déjà établies : "*Du notable à forte rémunération qui inspirait de la considération à ses malades, on est passé de nos jours au technicien devant se tenir au courant régulièrement des progrès scientifiques galopants*" (Lévy, 2011, 308). En comparaison avec les générations précédentes, les plus jeunes médecins apparaissent ainsi moins attaché.e.s à une forme de sacralisation d'un savoir médical plutôt considéré comme mouvant et comme insuffisant pour répondre aux réalités de la pratique (Bloy, 2008,2011 ; Lévy, 2011).

D'autre part, les médecins les plus âgé.e.s du groupe (50 à 60 ans) sont partisan.e.s d'une pratique que l'on pourrait qualifier de militante, car s'inscrivant dans une critique des postures considérées comme dominantes dans le milieu médical. Pierre Z. a par exemple participé à des réflexions sur l'amélioration des pratiques médicales inspirées de la médecine canadienne, et se positionne en faveur d'une évaluation accrue des pratiques professionnelles. Dominique E. dit avoir réfléchi à la dimension relationnelle du soin à travers sa participation aux groupes de pratique Balint et à travers une psychanalyse. Quant à Isabelle H., elle se décrit comme une militante féministe et de gauche, et développe une réflexion très critique sur le paternalisme médical tout au long de l'entretien. Elle est volontairement salariée et en charge d'une unité d'orthogénie. Ces praticien.ne.s semblent correspondre à l'un des profils décrits par Géraldine Bloy dans sa modélisation des modes de gestion de l'incertitude en médecine générale, celui de "*l'incertitude prégnante*" (Bloy, 2008, 79). Il s'agit d'un profil de praticien.ne.s qui reconnaît la part d'incertitude liée à l'interaction médicale et aux limites du savoir biomédical, notamment pour ce qui relève du relationnel ou du social ; est souvent intéressé.e par les approches en sciences humaines du soin ou de la maladie ; et participe à des enseignements auprès des jeunes médecins (c'est notamment le cas de Pierre Z. et d'Isabelle H.). Géraldine Bloy décrit l'activité professionnelle de ce type de praticien.ne.s comme une "*pratique réflexive ambitieuse*" (Bloy, 2008, 82), qui vise à faire coïncider les avancées de la science et la réalité des demandes des usager.e.s, par opposition à des stratégies de

minimisation des plaintes ou de mise à distance du savoir. La description de leur philosophie du soin semble donc se distinguer de celle des praticien.ne.s du groupe essentialiste par un attachement moindre à la position dominante des soignant.e.s, et par une plus grande écoute du vécu et des souhaits exprimés par les usager.e.s.

Les cinq médecins les plus jeunes rencontré.e.s, âgé.e.s de 30 à 46 ans, s'inscrivent aussi dans cette appréhension des limites du savoir médical, et de la nécessité de les reconnaître. Les médecins généralistes de ce groupe se plaignent notamment d'une formation médicale insuffisante dans le domaine contraceptif, alors que celles et ceux du premier groupe considèrent avoir été bien formé.e.s au cours du parcours général.

Les médecins les plus jeunes semblent ainsi, du fait de leur position "débutante" au sein du monde médical, mais aussi en lien avec des tendances générationnelles, plus prompt.e.s à délimiter leurs domaines de compétences, en précisant qu'elles et ils ne répondent pas en tant que médecin à des questions relatives à des dynamiques sociales ("*c'est pas mon domaine*"). Elles et ils expriment, sur le plan linguistique, beaucoup moins de certitudes que les praticien.ne.s du groupe essentialiste, qu'il s'agisse de l'emploi du conditionnel ou de l'intercession fréquente d'expressions de doute quant à leurs énoncés comme "*peut-être*", "*je ne sais pas*", "*j'imagine*".

Aïda D., gynécologue médicale de 33 ans, présente cependant un degré de certitude plus fort que les autres praticien.ne.s les plus jeunes. Elle se revendique d'une spécialité très précise et d'une activité hospitalière lui permettant de renouveler ses connaissances régulièrement. Ce dernier exemple montre qu'au-delà d'une différence de position hiérarchique chez les praticien.ne.s les plus jeunes, une évolution générationnelle peut effectivement être constatée dans les manières d'aborder le savoir et les relations avec les usager.e.s : même dans une posture professionnelle valorisant la possession d'un savoir ésotérique, Aïda D. n'applique pas un modèle explicatif biologique, essentialisant, à des phénomènes sociaux, et comme nous le verrons dans le chapitre 8, elle semble respecter le principe du choix des usagères, en référence aux recommandations de bonnes pratiques. Elle se positionne, comme les autres praticien.ne.s de moins de 50 ans, dans une critique du paternalisme médical traditionnel : "*Nous, on est d'une génération où on nous apprend à écouter les femmes, à écouter leur demande et voilà, on est beaucoup moins paternalistes que nos aînés.*" (Aïda D., gynécologue médicale, femme, 33 ans, FR).

On peut donc supposer que la combinaison d'aspirations professionnelles générationnelles (mode d'exercice, posture professionnelle moins paternaliste) et d'une plus

grande proximité avec un savoir renouvelé sur le consentement des usagers et leur autonomie, contribue à désavouer parmi les praticien.ne.s les plus jeunes, le modèle du médecin savant devant apporter des réponses à toutes les questions indépendamment des domaines d'expertise auxquels elles renvoient. Certains travaux témoignent d'ailleurs d'initiatives en matière d'enseignement de la médecine générale qui vont dans le sens d'un travail sur l'autonomie des usager.e.s et sur les dimensions subjectives des consultations (Attali et Mazabrard, 2016). Ces praticien.ne.s témoignent en tout état de cause dans leur ensemble d'un rejet d'une vision des médecins comme dominant légitimement l'interaction médicale, considérant dans leur ensemble que les médecins "*ont un rôle important, mais le boulanger a un rôle important.*" (Hélène G., médecin généraliste, femme, 41 ans, FR).

Il semble donc que du fait de leur âge ou de leurs engagements respectifs, les praticien.ne.s de ce groupe partagent une vision de leur métier en décalage avec une posture dominante de médecins seul.e.s détenteur/riche de savoir. Cette vision est notamment sensible dans la manière dont elles et ils abordent la question du choix contraceptif, comme nous le verrons dans le chapitre 8, mais elle se traduit également par une appréhension des comportements des usager.e.s moins généralisante et moins naturalisante, laissant une large place à une perspective constructiviste et à la variabilité des comportements humains. Les praticien.ne.s sont ainsi en mesure de faire à la fois le constat d'éléments d'implication masculine existants et d'une exclusion relative des hommes du champ de la santé reproductive. L'inscription des différences de genre en matière contraceptive dans le domaine social implique la reconnaissance de la possibilité d'un changement. Les praticien.ne.s de ce groupe constructiviste semblent ainsi partager une préoccupation pour une amélioration des rapports entre femmes et hommes, jugée possible, quand un certain nombre de praticien.ne.s du premier groupe concluaient soit à l'impossibilité d'une évolution en ce sens, soit à son caractère peu souhaitable du fait de différences naturelles entre les sexes qu'il faudrait respecter. Cependant, la posture constructiviste à la française s'inscrit dans une conscience des rapports de pouvoir entre les sexes, et amène la plupart de ces praticien.ne.s à adopter une approche prudente face à la présence d'hommes dans le domaine contraceptif : le partage des responsabilités contraceptives et l'implication des hommes apparaissent souhaitables mais représentent également un danger pour l'autonomie des femmes.

Ces deux types de représentations professionnelles soulignent l'hétérogénéité des représentations des praticien.ne.s français.es. À l'inverse, les professionnel.le.s britanniques

constituent un ensemble plus homogène concernant la compréhension de la division genrée des responsabilités contraceptives.

II. Les représentations britanniques des rôles de genre en matière de contraception : un constructivisme pragmatique

Du point de vue des thématiques d'analyse sélectionnées (les représentations de la division genrée des responsabilités contraceptives, l'appréhension du rôle médical et du choix contraceptif), les entretiens conduits en Angleterre ne permettent pas d'établir des oppositions entre les professionnel.le.s rencontré.e.s. Concernant les représentations de genre, tou.te.s adoptent une approche constructiviste et aucune référence à un ordre naturel ou à des déterminismes biologiques n'est faite. Par ailleurs, les discours sont relativement homogènes en ce qui concerne l'implication des hommes dans le domaine contraceptif, considérée comme insuffisante et devant être encouragée, sans que ne soient mentionnés une éventuelle impossibilité biologique ou un risque potentiel pour l'autonomie des femmes. Enfin les récits de pratique sont marqués par un certain pragmatisme vis-à-vis de la manière d'encourager cette implication.

Cette relative homogénéité ne signifie pas que les entretiens sont en tout point similaires. La plus grande implication des hommes dans le domaine contraceptif est jugée plus ou moins facile à accomplir. Pour certain.e.s praticien.ne.s (Suvan S., Carl H., Barbara E., Daphnee X.), ce changement, s'il est souhaitable, sera long et complexe à faire advenir. Daphnee X. et Barbara E. évoquent leurs réticences personnelles à faire confiance à des hommes dans l'hypothèse d'une commercialisation d'une pilule masculine, en évoquant par exemple, dans le cas de Daphnee X., les difficultés de son mari à prendre ses antidiabétiques. Suvan S. et Carl H. disent ne pas voir d'indice d'une implication croissante des hommes autour d'eux quand, pour d'autres praticien.ne.s, le changement est déjà en marche et sera amplifié par des campagnes dédiées (Florence L., Tamara O.). Ces différents positionnements sont appuyés sur des expériences personnelles et professionnelles variées. Mais quelle que soit leur opinion sur la vitesse du changement, les praticien.ne.s britanniques adoptent des lectures similaires de la répartition des responsabilités contraceptives, en termes de rôles de genre. Leurs récits de pratique dessinent des attitudes proches concernant la promotion de l'implication des hommes. Cette relative homogénéité, qui se distingue des différences constatées au sein des entretiens conduits en France, peut être éclairée par le fonctionnement et les orientations stratégiques du système de santé britannique.

1. Une approche constructiviste et pragmatique de l'implication des hommes dans le domaine contraceptif

À la différence des professionnel.le.s rencontré.e.s en France, aucun.e praticien.ne britannique ne fait référence à des comportements biologiquement déterminés qui justifieraient la prise en charge de la contraception par les femmes. Le constat des conséquences plus lourdes pour les femmes d'une grossesse est partagé, mais il est mis en perspective avec une division du travail parental socialement construite et susceptible de changer. Tou.te.s les praticien.ne.s font ainsi référence à des rôles de genre liés à des représentations culturelles qualifiées d'inégalitaires. Le terme de "rôle de genre" est employé aussi bien par des praticiennes qui décrivent un parcours féministe, comme Daphnee X., Sophie N., et Doris T., que par des infirmier.e.s sans trajectoire militante, comme Thomas N. et Tamara O., ce qui laisse supposer que cette terminologie est répandue au-delà des cercles militants. Ces rôles de genre sont situés du côté de la tradition et sont décrits comme dynamiques : les praticien.ne.s s'accordent sur le fait que les rapports de genre évoluent vers une plus grande égalité. Si une diversité d'opinions émerge sur la rapidité des changements et sur la facilité à impliquer plus fortement les hommes dans le domaine contraceptif, un partage des responsabilités dans ce domaine apparaît souhaitable pour l'ensemble des professionnel.le.s rencontré.e.s. Ce qui distingue les praticien.ne.s britanniques des professionnel.le.s français.es est donc d'une part l'absence de discours essentialiste considérant la division sexuée des responsabilités contraceptives comme naturelle et immuable et, d'autre part, l'absence d'ambivalence dans leur positionnement en faveur d'une plus grande implication masculine.

L'approche constructiviste des praticien.ne.s britanniques s'appuie sur plusieurs éléments. Comme en France, certain.e.s praticien.ne.s, notamment celles qui déclarent une trajectoire féministe militante, font référence à la dimension historique de l'accès des femmes à l'autonomie corporelle grâce à la contraception : l'association entre les pratiques contraceptives et un mouvement d'émancipation des femmes aurait participé à une attribution de cette responsabilité aux femmes. Un axe d'analyse plus spécifique à l'Angleterre est l'évocation du rôle de l'institution et de l'offre médicale dans la sexuaction des responsabilités contraceptives.

a. L'institution médicale et la mixité

Le rôle de l'institution médicale dans la féminisation de la contraception, ainsi que l'impact de la disponibilité des méthodes contraceptives, sont largement abordés dans les

entretiens. Sur le plan technique, plusieurs praticien.ne.s expliquent la surresponsabilisation des femmes en matière contraceptive par un déficit de méthodes masculines efficaces et réversibles. Pour les infirmières Tamara O., Irene L. et Florence L. ou encore le spécialiste Barak L., une nouvelle contraception masculine hormonale sur le marché contraceptif serait susceptible de combler ce déficit et serait acceptée avec enthousiasme par certaines personnes, hommes comme femmes. D'autres comme Mary C. et Julie U. insistent sur la dimension processuelle de la féminisation de la contraception, *"parce que toutes les options disponibles concernaient les femmes, c'est devenu une responsabilité féminine"* (Julie U., médecin généraliste, femme, 38 ans, AN). La diversification des méthodes féminines, leur efficacité et leur réversibilité auraient ainsi éclipsé des méthodes plus traditionnelles de régulation de la fécondité, comme le préservatif et le retrait, qui impliquaient plus fortement les hommes. Ces discours insistant sur la construction d'une responsabilité contraceptive féminine se distinguent fortement de la référence à la grossesse et à une préoccupation naturelle des femmes pour la gestion de la fécondité. Plusieurs praticien.ne.s, comme Sophie N. et Doris T., consultant.e.s, et Florence L., infirmière, établissent d'ailleurs une stricte égalité entre les enjeux de confiance masculins et féminins dans la contraception : *"Mais de la même manière les hommes font confiance aux femmes pour qu'elles prennent une contraception, une pilule... Je ne pense pas qu'il y ait quoi que ce soit qui dise que les hommes sont moins fiables que les femmes. C'est juste, c'est difficile d'être sûr que son ou sa partenaire suit les instructions, qu'on soit un homme ou une femme. Je pense que les hommes ont les mêmes inquiétudes concernant leurs partenaires féminines, parce qu'on entend des histoires de femmes qui arrêtent la pilule, volontairement, et ne disent rien à leur partenaire. La même chose peut se produire dans les deux sens."* (F.L., infirmière, femme, 44 ans, AN).

Les professionnel.le.s britanniques font également référence à la focalisation institutionnelle des services contraceptifs sur une patientèle féminine. Le développement des services contraceptifs s'est traditionnellement concentré sur la diffusion des méthodes féminines, et plusieurs professionnel.le.s soulignent que l'offre de services a pu contribuer à féminiser les pratiques contraceptives. Du point de vue des méthodes, la vasectomie n'est pas accessible dans tous les services et a historiquement plutôt été réalisée par des médecins généralistes. Quant au préservatif, s'il est très largement distribué dans les services de santé sexuelle et reproductive et parfois même dans les cabinets de médecine générale, il peut également être acheté dans le commerce : les hommes n'ont donc pas nécessairement besoin de passer par les services de santé sexuelle et reproductive pour accéder à la contraception. Le

fait que les services de planification familiale aient traditionnellement été orientés vers une patientèle majoritairement féminine est interprété comme un frein potentiel à une fréquentation masculine. Du point de vue de Sophie N. : *"Ce n'est pas que les hommes eux-mêmes ne s'impliquent pas. C'est nous qui rendons cette implication difficile. Je veux dire, si vous pensez juste à cette clinique ici, c'est un endroit balisé pour les femmes, et je pense que c'est difficile... Je parle juste de ce que je pense, mais j'imagine que c'est difficile pour les hommes de savoir s'ils seraient ne serait-ce que reçus en consultation. Je pense qu'il faut être assez courageux pour venir dans une clinique qui a l'air aussi féminine."* (Sophie N., consultante en santé sexuelle et reproductive, femme, 50 ans, AN).

En dehors de l'offre contraceptive, les praticien.ne.s britanniques évoquent également des processus de socialisation sexuellement différenciés. Elles et ils soulignent que les femmes sont sensibilisées dès leur plus jeune âge aux enjeux de santé sexuelle et reproductive, dans le cadre familial, scolaire mais aussi médical, ce qui n'est pas le cas pour les hommes. Kate I. souligne par exemple que *"Les hommes ne peuvent s'intéresser à la contraception que s'ils vont eux-mêmes chercher les informations. Alors que pour les femmes, même personnellement, il suffit d'aller chez le médecin pour qu'on vous demande de quand datent vos dernières règles. Que vous soyez intéressée ou non [rires] et que ce soit la raison de votre venue ou non. Donc c'est constant pour les femmes, n'est-ce pas ? Mais pas pour les hommes. Ils sont ignorés en la matière."* (Kate I., infirmière, femme, 43 ans, AN). La question de l'exclusion institutionnelle des hommes est donc largement identifiée comme un obstacle à une prise en charge mixte de la contraception, alors qu'elle n'était évoquée que par trois praticien.ne.s en France, et ce alors même que l'organisation des soins en santé sexuelle et reproductive est moins exclusivement orientée vers les femmes en Angleterre qu'en France.

En effet, la focalisation historique des services contraceptifs sur les femmes est aménagée en Angleterre depuis la fin des années 1990 par des politiques sanitaires encourageant la fusion des services de planification familiale et de santé sexuelle (traditionnellement "médecine génito-urinaire"), dans une perspective de prise en charge globale des problématiques médicales en lien avec la sexualité (Kane et Wellings, 1999 ; Wilkinson, Hampton et Bradbeer, 2000). Ces politiques s'appuient notamment sur le concept de *"One stop shop"*, selon lequel un lieu unique délivrant l'ensemble des services concernés favorise la prévention dans les domaines contraceptif et infectieux en améliorant l'accessibilité et la rapidité de la prise en charge (Jones, 2000 ; Dawson, Callander, Roche, Kingsland, *et al.*, 2000). Elles ont favorisé le développement de compétences professionnelles couvrant ces

deux domaines médicaux et amenant les soignant.e.s à appréhender conjointement les enjeux prophylactiques et contraceptifs. Elles se sont également nourries de réflexions sur le développement de services permettant la prise en charge des hommes et leur implication en matière de santé sexuelle et reproductive, sources de préoccupations publiques depuis les années 1980 et mises à l'agenda au sein des stratégies de lutte contre les grossesses adolescentes et contre le VIH (Pearson, 2003 ; Brown, 2012). L'intégration des services a ainsi eu pour conséquence une plus grande mixité des publics, en rassemblant la clientèle plutôt féminine des services de planification familiale et celle plus mixte, voire plus masculine, des services de santé sexuelle, et en encourageant le développement de services destinés aux hommes. Les professionnel.le.s de la santé sexuelle et reproductive ont dû s'adapter à cette réorganisation et ont développé des stratégies spécifiques pour ces nouveaux publics, avec par exemple des plages horaires spécifiquement dédiées aux hommes (Baraitser, Fettiplace, Dolan, Massil et Cowley, 2002 ; Pearson, 2003 ; Hancock, 2004).

Cette approche mixte de la santé sexuelle et reproductive n'a pas d'équivalent en France. Il existe, d'une part, très peu de lieux combinant des services contraceptifs et de dépistage et prise en charge des IST en France. Les centres de planification et d'éducation familiale (CEPF) sont habilités à offrir des services de dépistages et de traitements des IST mais ils ne le font pas de manière systématique, et ont par ailleurs des horaires d'ouverture limités, souvent peu compatibles avec des situations d'emploi, voire de scolarité⁴¹⁹. En 2016, les CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) et CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) ont été fusionnés pour devenir les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles), mais les CEPF n'ont pas été inclus dans cette réforme. Les nouveaux CeGIDD devraient cependant être habilités à la prescription contraceptive⁴²⁰ et pourraient donc à terme représenter un équivalent des services britanniques, même si leur caractère complémentaire de l'offre en médecine libérale limite leur nombre sur le territoire. D'autre part, dans un contexte politique moins orienté vers l'accessibilité de la contraception

⁴¹⁹ Claire Aubin, Christine Branchu, Jean-Luc Vieilleribiere, Patricia Sitruk, *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011

⁴²⁰ Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des Femmes

et l'encouragement à la prévention⁴²¹, il n'y a pas de promotion particulière des besoins masculins dans ce domaine et de leur prise en charge dans des services, alors que d'importantes campagnes ont été menées pour rendre les services plus attractifs auprès des hommes en Angleterre (Wright, Tobin, Kell et Franks, 2001 ; Hancock, 2004 ; Armitage, Curran, Wright, Lenehan, *et al.*, 2004 ; Brown, 2012). De fait, en Angleterre, la présence, depuis la fin des années 1990, des usager.e.s des deux sexes dans le même lieu, tend à favoriser une approche mixte des enjeux de santé sexuelle et reproductive, même lorsqu'un seul des deux sexes est présent, et permet également à des demandes spécifiquement masculines d'émerger. En France, la séparation des services prophylactiques et contraceptifs et la concentration de l'offre contraceptive au sein d'une spécialité exclusivement féminine semblent au contraire accentuer la féminisation du domaine contraceptif.

La structure des services contraceptifs britanniques a donc pour conséquence que les praticien.ne.s sont régulièrement en contact avec des hommes, dans les services intégrés comme dans les cabinets de médecine générale. Cette spécificité peut potentiellement éclairer un deuxième élément de discours commun à l'ensemble des professionnel.le.s britanniques : leur approche pragmatique de l'implication des hommes en santé sexuelle et reproductive.

b. Une approche pragmatique de l'implication des hommes en santé sexuelle et reproductive

Quelle que soit leur opinion sur la vitesse et la facilité des changements qui permettraient un partage égalitaire des responsabilités contraceptives, l'ensemble des praticien.ne.s britanniques apparaissent proches dans leur manière d'aborder le rôle des professionnel.le.s de santé en la matière, en s'attribuant une mission de promotion des comportements préventifs auprès des hommes.

Dans le contexte britannique, la majorité des praticien.ne.s est amenée à rencontrer des usagers masculins : qu'il s'agisse des cabinets de médecine générale ou des services de santé sexuelle et reproductive où se déroulent les dépistages et les prises en charge des infections sexuellement transmissibles, médecins et infirmier.e.s entrent régulièrement en contact avec des hommes. Ces contacts privilégient la perception d'un intérêt masculin quant aux enjeux contraceptifs. Les professionnel.le.s rencontré.e.s témoignent ainsi de l'intérêt exprimé par certains hommes dans l'espace de la consultation, ce qui peut contribuer à leur approche dynamique des questions d'implication masculine. D'autre part, ces contacts avec une

⁴²¹ Cf. Chapitre 4, II. Tolérer ou encourager : les gouvernements britannique et français face à la libéralisation de la contraception

patientèle masculine sont abordés comme des opportunités de sensibilisation, en matière de prévention des IST mais aussi des grossesses non prévues. Les praticien.ne.s rencontré.e.s demandent par exemple aux hommes qui les consultent dans le cadre du dépistage des IST si une méthode est utilisée lors des rapports sexuels pour éviter une grossesse. L'extrait d'entretien suivant illustre cette volonté de faire prendre conscience aux hommes qu'ils peuvent induire des grossesses dont ils ne veulent pas : *"Il y a beaucoup d'hommes qui viennent pour avoir des préservatifs. Et quand je leur pose des questions sur leurs pratiques récentes, particulièrement avec les jeunes mecs du coin, et ils ont eu des relations sexuelles occasionnelles sans préservatif, je leur dis : « Qu'est-ce qu'elle utilise comme contraception? », « Hum... je sais pas. », « Tu as demandé ? », « Non », « Ok. Tu feras un chouette papa, n'est-ce pas ? ». Et là, ils sont là : « Qu'est-ce que tu veux dire? » et je leur dis : « Réfléchis : tu viens de coucher avec une fille, tu as éjaculé en elle, tu ne lui as rien demandé sur la contraception, elle ne t'a pas demandé de mettre un préservatif, tu ne sais pas si elle peut tomber enceinte. » [...] Et ils ont l'air de n'y avoir jamais pensé avant, ils sont honnêtement... Donc « Oui, mets un préservatif, c'est aussi simple que ça »." (Thomas N., infirmier, homme, 40 ans, AN). Il faut noter que ces attitudes ne sont pas forcément pensées dans un but d'implication des hommes pour une plus grande égalité entre les sexes, mais pour encourager globalement l'usage de contraceptifs et améliorer la prévention en santé sexuelle et reproductive auprès de toutes les personnes impliquées.*

Les praticien.ne.s rencontré.e.s s'attribuent également un rôle dans la promotion de la vasectomie, méthode qu'elles et ils jugent trop peu utilisée au regard de sa simplicité et de son efficacité. Cette promotion peut s'adresser directement aux hommes, mais passe également par leurs partenaires féminines. En effet, la vasectomie est majoritairement appréhendée comme un choix de couple, souvent impulsé par les femmes et accepté par des hommes qui acceptent de prendre le relais d'une responsabilité jusqu'alors assumée par leurs partenaires. Si Irene L., infirmière et Julie U., médecin généraliste, évoquent des hommes choisissant la vasectomie pour contrôler leur propre fécondité, la plupart des professionnel.le.s considèrent qu'il s'agit d'une option à promouvoir auprès des femmes, qui sont susceptibles de convaincre leurs partenaires au sein d'une relation de couple : *"Je leur en parle toujours et je leur dis : « Vous pensez que votre mari pourrait le faire ? ». Je pense que la vasectomie est évidemment plus sûre, plus facile et plus efficace que la stérilisation féminine. [...] Les médecins généralistes sont un bon point de départ [pour en parler]. Donner des dépliants aux épouses avec cette information, c'est un autre point de départ, parce qu'elles peuvent le*

ramener chez elles et en discuter, et je leur dis : « Emmenez le chez vous, montrez-lui et parlez-en. ». Je leur dis : « N'importe lequel d'entre vous peut être stérilisé mais c'est juste plus facile et plus rapide, et plus sûr, si votre mari le fait plutôt que vous. »" (Mary C., médecin généraliste, femme, 48 ans, AN).

Le préservatif ne fait pas l'objet de la même promotion que la vasectomie car il est considéré comme moins efficace. Il est cependant appréhendé comme l'un des moyens de promouvoir l'implication des hommes, qui sont globalement considérés comme des utilisateurs motivés de cette méthode. La majorité des praticien.ne.s affirme qu'il faut s'assurer qu'ils le manipulent correctement pour minimiser les risques⁴²² et disent donner des instructions précises en ce sens.

Les discours des praticien.ne.s britanniques se distinguent donc fortement de ceux formulés par les professionnel.le.s français.es : les hommes ne sont ni considérés comme naturellement indifférents et incompétents en matière contraceptive, ni appréhendés comme une menace potentielle à l'autonomie corporelle des femmes. L'image globale qui se dégage des discours en Angleterre est celle d'hommes trop peu impliqués, dont il faut combattre la passivité pour améliorer la prévention en santé sexuelle et reproductive. Cette image est de plus nuancée par la variabilité des comportements rapportés par les praticien.ne.s : tou.te.s soulignent la multiplicité des situations et des individus, et le fait qu'à l'indifférence de certains s'oppose une forte implication d'autres hommes. Le fort taux de recours à la vasectomie en Angleterre, relativement stable dans le temps, leur permet de considérer qu'une part importante et relativement constante de la population masculine britannique prend en charge la contraception du couple. Ce n'est pas le cas en France, où la vasectomie n'est considérée comme une méthode de contraception que depuis 13 ans au moment des entretiens, et où le très faible taux de recours à cette méthode a pour conséquence que ce type de prise en charge masculine est très peu visible pour les praticien.ne.s. Cependant, le fait que le préservatif est la troisième méthode la plus utilisée en France n'est pas mobilisé comme illustration d'une implication masculine existante. Ce sont plutôt des comportements de soutien aux partenaires féminines dans leur prise contraceptive qui sont évoqués dans le groupe des "constructivistes" pour illustrer des formes d'implication. On peut supposer que la plus grande mixité des lieux de prescription contraceptive en Angleterre, qu'il s'agisse des cabinets de médecine générale ou des services de santé sexuelle et reproductive, participe

⁴²² Cf. Chapitre 9, I. 4. b. Le préservatif : une option parmi les autres ?

également à la visibilité du recours aux méthodes masculines par opposition à un recours non-médical au préservatif et hors parcours gynécologique à la vasectomie en France.

En Angleterre, les hommes qui s'impliquent sont considérés très positivement par les soignant.e.s, qui associent cette implication à un haut degré d'égalité entre partenaires. Cela donne parfois lieu à des discours disqualifiant la capacité de certaines catégories d'hommes à prendre une éventuelle pilule masculine, sous prétexte d'une trop faible adhésion à cet idéal d'égalité entre les sexes. Pour Tamara O., infirmière, les hommes appartenant à des communautés africaines ou jamaïcaines "*ne voient pas ça comme leur domaine*" (Tamara O., infirmière, femme, 43 ans, AN). Florence L., également infirmière, considère quant à elle que seuls les hommes éduqués pourraient démontrer de l'intérêt pour cette nouvelle méthode contraceptive. Il serait intéressant de voir, si une pilule masculine était effectivement élaborée, si ces stéréotypes auraient une incidence sur la manière d'aborder la recommandation contraceptive. Concernant la vasectomie, les variations dans les représentations des soignant.e.s, certain.e.s considérant qu'il s'agit d'une méthode très facilement acceptée par les hommes quand d'autres déplorent un manque d'intérêt, ne donnent pas lieu à des variations dans les récits de pratique, la vasectomie étant systématiquement proposée et encouragée. Au-delà de la question des stéréotypes éventuellement mobilisés par les soignant.e.s, ces prises de position soulignent que les professionnel.le.s britanniques sont favorables à une plus grande implication des hommes, considérée comme la manifestation d'une attitude égalitaire, qui n'est considérée ni comme impossible, ni comme menaçante vis-à-vis de l'autonomie des femmes : "*On espère qu'avec le temps, les gens prennent plus leurs responsabilités vis-à-vis de leurs actes, et reconnaissent qu'il y a deux personnes impliquées là-dedans.*" (Julie U., médecin généraliste, femme, 38 ans, AN).

Il est intéressant de constater que, à la différence des représentations des praticien.ne.s français.es, l'implication des hommes n'est pas considérée comme une menace pour l'autonomie des femmes. La plus grande mixité des espaces médicaux britanniques peut jouer un rôle dans la mesure où il ne s'agit pas de réintroduire des hommes dans un espace féminin, dans ce qui peut être perçu comme une forme de compétition avec les femmes, mais de s'adresser aux hommes présents dans ces espaces pour d'autres raisons.

Les points de distinction principaux entre les praticien.ne.s en France et en Angleterre sont donc l'absence de discours essentialiste d'une part, et d'ambivalence vis-à-vis de l'implication d'hommes dans le domaine contraceptif, manifestée par les praticien.ne.s du

groupe constructiviste en France, d'autre part. La présence des hommes apparaît à la fois plus banalisée, et perçue comme une opportunité de sensibilisation à la prévention. Ces positionnements apparaissent relativement homogènes, même si les praticien.ne.s n'ont pas tou.te.s la même perception des difficultés du processus d'implication. Cette moindre diversité des discours concernant les rôles de genre et la promotion du changement au sein de l'institution médicale peut être éclairée par la culture institutionnelle du NHS.

2. Le rôle du système dans la standardisation et l'information des représentations britanniques

L'homogénéité des discours britanniques, caractérisés par une approche constructiviste de la division genrée des responsabilités contraceptives d'une part, et par une approche pragmatique de l'implication des hommes d'autre part, se distingue de la situation observée en France. Qu'il s'agisse de ces perspectives, ou des discours relatifs au choix contraceptif et à la relation de soins, il n'a pas été possible d'établir des différences polarisantes entre les professionnel.le.s. Par ailleurs, aucune différence notable du point de vue de l'âge, de la profession exercée ou du sexe n'a pu être observée.

Par rapport aux praticien.ne.s rencontré.e.s en France, les professionnel.le.s britanniques apparaissent en moyenne légèrement plus jeunes (48 ans, contre 60 ans pour le groupe des "essentialistes" et 45 ans pour le groupe constructiviste) mais avec un intervalle similaire à celui des praticien.ne.s français.es (de 30 à 70 ans en Angleterre contre 30 à 74 ans en France). En tout état de cause, l'âge des praticien.ne.s britanniques ne se révèle pas structurant dans leurs discours, puisque les plus âgé.e.s adoptent, sur les enjeux de cette enquête, les mêmes positionnements que les plus jeunes. De même, si les femmes sont plus nombreuses au sein du panel britannique (13 femmes pour trois hommes contre 9 femmes pour 7 hommes en France), le sexe ne paraît différencier les discours britanniques entre eux que de manière marginale.

Les professions rencontrées en Angleterre sont par contre plus diverses qu'en France, puisque des infirmier.e.s ont été inclus.e.s. Ce panel se caractérise de plus par une grande diversité en matière de nationalité. Parmi les 17 professionnel.le.s, six sont originaires d'autres pays, et ne se sont établi.e.s en Angleterre qu'à l'issue ou au cours de leurs études de médecine : Christine N., médecin généraliste est originaire du Nigéria ; Barak L., obstétricien, d'Irak ; Thomas N., infirmier, est Irlandais ; Olivia I., médecin généraliste, est Écossaise ; Barbara E., obstétricienne, est Allemande ; Lisa D, infirmière est Australienne. Cette

diversité renvoie à la politique d'accueil de professionnel.le.s de santé étrangers déployée par le NHS depuis une dizaine d'années, favorisant l'équivalence de diplôme et l'installation (Hartmann, Ulmann et Rochaix, 2006a). Le contexte institutionnel français est beaucoup moins favorable à l'immigration médicale (Mendy, 2014) et demeure caractérisé, selon le politologue Marc-Olivier Déplaudé, par la préférence nationale (Déplaudé, 2007). Des médecins d'origine extérieure à la France s'installent cependant dans les déserts médicaux et sont envisagé.e.s comme une solution temporaire au déficit de professionnel.le.s géographiquement situé ou prévisionnel (Séchet et Vasilcu, 2012). Nous n'avons rencontré que des praticien.ne.s de nationalité française, ce qui est sans doute à interpréter à la lumière de ce contexte national mais aussi des caractéristiques des départements dans lesquels notre recherche s'est déroulée⁴²³.

Au-delà de ces contextes institutionnels contrastés, la diversité des nationalités des professionnel.le.s rencontré.e.s en Angleterre renforce nos interrogations quant à la standardisation des représentations et postures professionnelles. En effet, il est peu probable que les représentations personnelles et culturelles d'individus issu.e.s de sept pays différents s'alignent spontanément. Les représentations relatives aux rôles de genre par exemple ne sont probablement pas strictement les mêmes dans les cultures majoritaires au Proche-Orient, en Océanie, en Afrique de l'Ouest ou en Europe, même si le choix de la migration témoigne sans doute d'un décalage des praticien.ne.s d'origine étrangère par rapport à leurs cultures d'origine. La relative homogénéité des positionnements professionnels vis-à-vis des rôles de genre en matière de contraception et d'implication des hommes apparaît donc d'autant plus remarquable qu'elle est le fait d'un panel aussi diversifié d'individus, ce qui peut potentiellement être éclairé par le rôle de la formation professionnelle et de l'organisation institutionnelle du système de soins britannique.

⁴²³L'Ile de France est caractérisée par une très forte densité médicale par rapport au reste du territoire français, le département de Paris affichant une moyenne de 690 médecins pour 100 000 habitants, par rapport à une moyenne nationale de 300/100 000. La Seine-Saint-Denis et la Seine et Marne, départements d'exercice de deux tiers des praticien.ne.s rencontré.e.s, s'apparentent cependant à des départements ruraux, avec une densité médicale de respectivement 244 et 210 médecins pour 100 000 habitants, des chiffres proches par exemple de celui du département de la Creuse (247/100 000) (Lévy et Allemand, 2005), ou de la région Centre (241/100 000) (Jean-François Rault, Gwenaëlle Le Breton-Lerouvillois, *La Démographie médicale en région Ile-de-France. Situation en 2013*, Conseil de l'Ordre National des Médecins, 2013)

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

a. La diffusion d'une approche sociologique du genre et de la santé : le rôle de la formation

Les discours britanniques font tous référence à des rôles et normes de genre comme système explicatif de la répartition des responsabilités contraceptives entre femmes et hommes, quand la référence explicite au genre reste marginale en France. Cette diffusion des connaissances liées aux études de genre peut être éclairée par le fait que la formation médicale britannique comporte des éléments de sociologie et de psychologie, qui manquent à la formation française (Deschamps, 2001 ; Gelly, 2006 ; Visier, 2011 ; Bloy, 2014). L'insertion d'enseignements en sociologie dans les études de médecine a fait l'objet d'un encouragement institutionnel depuis les années 1960⁴²⁴, avec notamment le rapport *Todd* de 1968⁴²⁵ et les standards pédagogiques établis par le General Medical Council en 1967⁴²⁶. Dès les années 1980, la majorité des facultés de médecine britanniques dispensaient des enseignements de sciences sociales non seulement au cours des études médicales mais aussi au sein des apprentissages cliniques (Field, 1988). Cette importance de la sociologie peut être reliée à la culture institutionnelle du NHS, qui fait de la médecine un service à la communauté, devant prendre en compte le fonctionnement de la société et les spécificités de l'ensemble de ses membres. L'un des domaines de connaissance mis en avant par le GMC comme essentiels à maîtriser s'intitule "L'individu et la société" et requiert des étudiant.e.s en médecine qu'elles et ils "*comprennent les environnements sociaux et culturels dans lesquels la médecine est pratiquée au Royaume-Uni*" (Litva et Peters, 2008, 309). La formation en médecine générale dans les domaines de la santé sexuelle et de la "santé des femmes" préconise la réflexion des professionnel.le.s sur leurs propres représentations et une prise de conscience quant à la diversité des usager.e.s. La compétence attendue en matière de santé sexuelle est ainsi décrite dans le programme de médecine générale comme la capacité à "*adopter une approche délicate, centrée sur la personne, dénuée de jugement des problèmes de santé sexuelle*" et de "*s'assurer que les croyances personnelles du médecin, ainsi que les réserves morales ou religieuses vis-à-vis de l'avortement, de certaines méthodes contraceptives, de certaines pratiques et comportements sexuels ne nuisent pas à la prise en charge de la santé sexuelle*

⁴²⁴Margaret Reid, "The Development of Medical Sociology in Britain", Discussion Papers in Social Research No 13, University of Glasgow, 1976.

⁴²⁵Her Majesty's Stationary Office, *Report of the Royal Commission on Medical Education 1965-1968*, 1968

⁴²⁶General Medical Council, *Basic Medical Education in the British Isles. The Report of the General Medical Council Survey of Basic Medical Education in the UK and the Republic of Ireland 1975-76*. Vol. 2 : *Reports on the Teaching of the Component Disciplines/Specialties of the Medical Courses*, 1977

des patients"⁴²⁷. Dans le domaine de la "santé des femmes", les compétences à maîtriser sur le plan de la communication et de la gestion de la consultation incluent la nécessité de "*Reconnaître les enjeux de genre et de pouvoir, notamment dans la relation patient-praticien, et savoir comment éviter que ces enjeux nuisent à la prise en charge de la santé des femmes. Comprendre que dans la mesure où certaines femmes ont des rapports sexuels avec des femmes, vous ne devez rien prendre pour acquis, notamment le besoin de contraception. Être capable de décrire l'impact du genre sur les manières individuelles de penser et les modes de vie, et formuler des stratégies pour y répondre. Par exemple, certaines femmes, comme celles issues de groupes socio-économiques défavorisés ou celles vivant avec une addiction, sont susceptibles d'avoir un contrôle limité sur leurs choix de mode de vie.*"⁴²⁸ Ces prérequis à la pratique médicale accordent une place importante aux enjeux de genre et à la nécessité de développer une posture professionnelle adaptée, ce qui peut concourir à une appréhension plus renseignée de ces problématiques en matière contraceptive. Ces éléments de formation médicale peuvent ainsi éclairer en partie la diffusion de perspectives constructivistes sur les différences de genre en matière contraceptive chez les praticien.ne.s britanniques. Le fait que même les praticien.ne.s ayant fait leurs études initiales à l'étranger adoptent ces perspectives souligne l'importance de la formation continue en Angleterre. Le fonctionnement du NHS, notamment ses exigences en matière de développement professionnel continu, mais aussi en termes d'adaptabilité aux politiques publiques et aux protocoles en évolution constante, favorise des habitudes professionnelles de renouvellement des connaissances et de remise en cause des certitudes, ce qui n'est pas nécessairement le cas en France (Bloy, 2014). Cela limite la potentialité d'une cristallisation des savoirs et des opinions chez les praticien.ne.s britanniques.

b. Prévention et santé publique : le pragmatisme britannique nourri par les orientations stratégiques du système

La standardisation des représentations des praticien.ne.s dans une perspective de genre s'accompagne d'une posture professionnelle répandue selon laquelle les professionnel.le.s de santé ont un rôle à jouer dans la promotion de certains comportements de santé. Cette homogénéité de posture peut être interprétée à la lumière des orientations stratégiques du NHS et de la sollicitation des professionnel.le.s médicaux dans la mise en place des politiques

⁴²⁷ Royal College of General Practitioners, *The RCGP Curriculum : Professional & Clinical Modules*, 2016, p. 167

⁴²⁸ *Ibid.*, pp. 142-143

sanitaires. La lutte contre les inégalités sociales de santé, plus développée en Angleterre qu'en France, favorise par exemple une réflexion sur l'accessibilité des services et sur le rôle des professionnel.le.s en matière d'éducation sanitaire et de prévention⁴²⁹. Ces politiques encouragent à la fois une meilleure connaissance par les professionnel.le.s des dimensions sociales de l'accès aux soins et de la fréquentation des services, et leur responsabilisation en matière de promotion auprès des usager.e.s de comportements de maîtrise des risques sanitaires⁴³⁰. Ces orientations influencent les attitudes professionnelles vis-à-vis des usagers masculins. Le programme d'enseignement de médecine générale contient une section dédiée à la santé masculine qui prend en compte les socialisations médicales différenciées des femmes et des hommes et encourage les médecins à développer des stratégies thérapeutiques adaptées en précisant qu'elles et ils doivent : "*savoir que les hommes sont susceptibles d'être à la fois plus réticents et de s'exprimer moins bien que les femmes lorsqu'il s'agit de leur santé, et développer des stratégies pour compenser cela lors de la consultation. [...] Utiliser la consultation pour aider à changer les comportements pour que les patients masculins aient suffisamment confiance pour se comporter différemment par la suite ; cela nécessite de partager les informations avec le patient, et d'adopter un mode de consultation basé sur le partage de la décision.*"⁴³¹ L'existence même de modules sur la santé masculine traduit une appréhension des enjeux de genre en matière de santé, dans la mesure où les inégalités de santé entre les femmes et les hommes, et notamment les différences en termes d'espérance de vie qui caractérisent ces deux groupes, sont largement attribuables à des comportements et représentations s'inscrivant dans le système du genre, et notamment aux normes de la masculinité (Fassin, 1999 ; Courtenay, 2000 ; Aïach, 2001 ; Courtenay, 2009,2010)⁴³². En la matière, il est intéressant de constater que l'ensemble des praticien.ne.s britanniques attribuent

⁴²⁹ Cf. Chapitre 7, II. 2. b. L'exemple des inégalités sociales de santé : responsabilité publique ou individuelle ?

⁴³⁰ À titre d'exemple les standards d'enseignements en médecine générale en matière d'inégalités sociales de santé, édités par le *Royal College of General Practitioners*, définissent des compétences essentielles que les étudiant.e.s doivent maîtriser et qui encouragent à la fois la réflexivité sur la pratique et l'adaptation à des publics variés. Il est ainsi stipulé aux étudiant.e.s qu'elles et ils doivent : "*Comprendre les principes des soins primaires et leurs rôle dans la réduction des inégalités de santé*" (§2.3), "*être capable d'élaborer des stratégies pour incarner le rôle important de promotion des médecins*" (§5.3), "*Développer une approche générique des patient.e.s de diverses origines, en comprenant que certain.e.s patient.e.s ont besoin de plus de promotion et d'informations que d'autres*" (§5.4), "*Évaluer les préjugés institutionnels et dans quelle mesure ils influencent vos propres perspectives*" (§4.4), "*Comprendre l'impact que vos propres croyances et valeurs peuvent avoir sur le soins aux patient.e.s*" (§5.7) (*Royal College of General Practitioners, A Core Curriculum for Learning About Health Inequalities in UK Undergraduate Medicine*, 2013)

⁴³¹ *Royal College of General Practitioners, The RCGP Curriculum : Professional & Clinical Modules*, 2016, pp. 154-155

⁴³² McKinlay Eileen, 2005, *Men's Health: a literature review*, Wellington, Public Health Advisory Committee of New Zealand.

la différence d'espérance de vie entre femmes et hommes à des comportements de santé, notamment relatifs à des représentations de genre, alors que les praticien.ne.s français.es, et particulièrement celles et ceux du groupe essentialiste, évoquent des différences biologiques, notamment hormonales, comme unique source explicative. Cette référence aux hormones comme agents de différenciation entre les individus féminins et masculins renvoie aux discours naturalisants ayant accompagné les débuts de l'endocrinologie (Löwy, 2006) et entre en résonance avec l'adhésion de ces praticien.ne.s à un ordre naturel sexué.

Les particularités des comportements sanitaires masculins ne font pas l'objet d'enseignements et de réflexions spécialisées en France, et les taux de mortalité dans les deux pays sont d'ailleurs caractérisés par une différence entre les sexes systématiquement plus importante en France qu'en Angleterre⁴³³.

L'influence de cette perspective de santé publique, qui valorise des approches ciblées, se manifeste également dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Les réflexions menées sur l'accessibilité des services ont diffusé une appréhension médicale des rôles de genre, et notamment de l'impact des représentations masculines du soin sur leurs comportements préventifs, mais aussi de la masculinité sur les comportements professionnels. À titre d'exemple, le développement de services de santé sexuelle et reproductive spécifiques a amené les professionnel.le.s à travailler sur leurs représentations des jeunes hommes comme étant des "irresponsables" et des "prédateurs" afin de se montrer plus accueillants avec eux : "*Cela ne veut pas dire que les professionnels sont de connivence avec les représentations oppressives des femmes et des homosexuels ; au contraire, les professionnels développent une compréhension de l'origine de ces représentations et peuvent les remettre en question de manière constructive.*" (Hancock, 2004, 485). Le contexte sanitaire britannique est donc marqué par un encouragement institutionnel à la déconstruction des rôles de genre, lorsque ces derniers ont un impact sur la santé ou sur le recours aux services⁴³⁴.

Il faut par ailleurs préciser que les formations en santé sexuelle et reproductive mentionnent explicitement les hommes comme des usagers potentiels. Le diplôme de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* requiert notamment comme compétence de

⁴³³ White Alan *et al.*, *The State of Men's Health in Europe*, Brussels, European Commission, Directorate-General for Health & Consumers, 2011.

⁴³⁴ Lloyd T, Forrest S, Davidson N., *Boys and Young Men's Health: Literature and Practice Review: An Interim Report*, Health Development Agency, London, 2001 ; Ulrike Gelder, *Boys and Young Men: 'Half the Solution' to the Issue of Teenage Pregnancy – A Literature Review*, Department of Health, Directorate of Health and Social Care, University of Newcastle, 2002

savoir "conseiller les hommes et les femmes afin qu'elles et ils puissent formuler des choix informés pour gérer leur fécondité"⁴³⁵.

L'orientation du NHS sur la prévention et l'importance de la santé publique et de la lutte contre les inégalités sociales de santé au sein de ce système, valorisent ainsi des approches populationnelles et sociologiques de la santé. Ces approches développent les connaissances sociologiques des professionnel.le.s, mais encouragent également des attitudes proactives : les praticien.ne.s britanniques sont régulièrement amené.e.s à participer à des campagnes de santé publique, sont responsabilisé.e.s en matière d'éducation thérapeutique et d'accessibilité des soins, ce qui peut éclairer le pragmatisme qui marque tous les discours recueillis en entretien. Les changements de comportements sont appréhendés comme pouvant être encouragés par les professionnel.le.s de santé. La combinaison de ces différents éléments institutionnels contribue sans doute à diffuser une attitude d'encouragement aux comportements préventifs en santé sexuelle et reproductive auprès des hommes, même si leur implication actuelle est jugée insuffisante. Comme le résume Christine N. à propos de la pilule masculine : "*Je pense que la plupart d'entre eux ne la prendront pas, mais ça vaut la peine d'essayer [rires].*" (Christine N., médecin généraliste, femme, 54 ans, AN). Cette posture proactive ne s'accompagne donc pas de dogmatisme : il s'agit de suggérer sans imposer les comportements qui apparaissent les plus souhaitables du point de vue de la santé publique. Le cadre institutionnel du NHS semble ainsi encourager une posture professionnelle très spécifique, pragmatique mais non-dirigiste.

c. Le statut des praticien.ne.s au sein du NHS

Sur le plan linguistique, les praticien.ne.s britanniques se rapprochent du groupe des "constructivistes" dans le refus de se référer à des catégories générales, comme "*les hommes*" ou "*les femmes*". Ce refus de généralisation s'appuie notamment sur la référence à la variabilité des individus et à la limitation de leur expertise à leur expérience personnelle. Un grand nombre de praticien.ne.s situent ainsi les réponses qu'elles et ils apportent au cours de l'entretien par rapport aux spécificités de leur patientèle ou de leur secteur d'activité. Le fait de situer leurs expériences en termes géographiques et démographiques renvoie à la grande disponibilité des informations sur les bassins de population et les patientèles, qui servent notamment de base de calcul de la rémunération des professionnel.le.s mais reflètent

⁴³⁵ FSRH, *Learning Outcomes of the FSRH Diploma*, consulté sur le site internet de la faculté en juin 2016 (<http://www.fsrh.org/careers-and-training/diploma--nurse-diploma/>)

également la forte culture de santé publique en Angleterre et la tendance à appréhender les secteurs géographiques en fonction de leurs spécificités sociales, économiques et sanitaires.

Les discours britanniques sont également caractérisés par un grand nombre de locutions de nuance et de doute comme "*je pense*", "*j'imagine*", "*je ne sais pas*", "*c'est juste mon opinion*", "*je ne suis pas compétent pour répondre à cette question*". Cette caractéristique rapproche les praticien.ne.s britanniques des "constructivistes" français.es en ce qui concerne le rapport au savoir, en admettant leurs incertitudes et en formulant des critiques vis-à-vis d'une posture professionnelle omnipotente et paternaliste. À la différence du contexte français, cette posture critique vis-à-vis d'une posture professionnelle traditionnelle est indépendante de l'âge, du genre, de l'origine nationale ou de la profession des praticien.ne.s. Elle semble renvoyer à la très forte critique institutionnelle du paternalisme médical qui se manifeste depuis les années 1990, notamment dans les publications du General Medical Council⁴³⁶.

Les différences de discours d'un pays à l'autre renvoient également à la philosophie de soins sur laquelle le système de santé britannique est fondée, et qui valorise une posture professionnelle caractérisée par la dimension de service public de la médecine britannique et son impact sur les relations entre médecins et usager.e.s. L'obligation de dialogue avec les usager.e.s, qui passe à la fois par leur forte implication dans la gouvernance du système et les dispositifs de prise en compte de leur satisfaction (gestion des plaintes et questionnaires de satisfaction), peut encourager une posture moins dogmatique et plus à l'écoute des attentes et des réalités des usager.e.s. Les principes d'organisation du système de soins et les obligations des professionnel.le.s qu'il emploie favorisent une posture pragmatique d'observation et d'adaptation aux patientèles, par opposition à une posture plus normative qui chercherait à prescrire des comportements particuliers. Ce pragmatisme est plus favorable au constat de comportements d'implication existants, et surtout, de la diversité des individus en matière de partage des responsabilités, que la posture dogmatique des "essentialistes" observée en France. Les "constructivistes" français.es et les professionnel.le.s britanniques se rapprochent par ces attitudes d'observation, et partagent un certain nombre de constats relatifs à l'existence de formes d'implication masculine, par opposition aux discours du groupe essentialiste qui se réfèrent à des principes biologiques généraux, et non à des comportements observés, pour disqualifier la possibilité même de l'investissement des hommes en matière

⁴³⁶ Cf. Chapitre 7, I. Le pouvoir des usager.e.s au sein des systèmes sanitaires : de la relation de soins à la démocratie sanitaire, des politiques nationales différenciées

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

contraceptive. Les divers fondements de ces discours, observation ou principes *a priori*, amènent à formuler l'hypothèse que ce ne sont pas les patientèles des praticien.ne.s qui diffèrent dans leurs comportements d'implication ou de non-implication masculine, mais plutôt les représentations des praticien.ne.s "essentialistes" et leur posture professionnelle qui les rend peu sensibles à la réalité des comportements masculins.

Les discours britanniques apparaissent donc influencés par le système, tant en termes de standardisation que de contenu : les références aux rôles de genre semblent par exemple s'appuyer sur les enseignements reçus en formation initiale ou continue, tandis que le pragmatisme qui se dégage des entretiens s'inscrit dans la lignée des orientations de santé publique et de l'implication des professionnel.le.s de santé dans les campagnes de sensibilisation et d'accessibilité des soins au sein du NHS. Cette relative homogénéité caractérise les thématiques privilégiées par notre analyse, mais une diversité d'opinions s'expriment dans des domaines qui échappent à la formation des professionnel.le.s, qu'il s'agisse de la plus ou moins grande facilité à impliquer les hommes évoquée précédemment, ou encore des modalités de diffusion d'une contraception hormonale masculine. Cette diversité de positionnements dès lors que l'on aborde des sujets plus hypothétiques et absents des programmes d'enseignement semble renforcer l'hypothèse d'un standardisation des représentations et attitudes par la formation dans les autres domaines.



Les entretiens conduits en France et en Angleterre avec des prescripteur/rice.s de contraception permettent d'établir un premier élément de distinction d'un pays à l'autre : les discours professionnels britanniques apparaissent dans leur ensemble plus homogènes que ceux des praticien.ne.s français.es. Cette différence peut être éclairée par les contrastes institutionnels de part et d'autre de la Manche : le système britannique encourage une standardisation des pratiques et des attitudes professionnelles par la formation et par la promotion d'un rôle actif des praticien.ne.s en matière de santé publique. En France, la domination de la médecine libérale et la faible régulation publique qui lui est associée laisse émerger une grande diversité de postures professionnelles et de représentations.

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

En second lieu, les représentations des professionnel.le.s français.es et britanniques se distinguent par leur contenu. Dans leur ensemble, les praticien.ne.s britanniques apparaissent plus favorables à un transfert des responsabilités contraceptives vers les hommes, ou du moins à un partage entre les sexes, que leurs homologues français.es. Aucun discours faisant référence à un ordre naturel immuable n'a été recueilli en Angleterre, où les représentations semblent plutôt dominées par une approche constructiviste laissant place à des changements sociaux potentiels. Si cette perspective constructiviste se manifeste également en France, seul.e.s les praticien.ne.s anglais.e.s l'associent à un rôle professionnel dans la promotion du changement auprès des usager.e.s. Cette différence s'inscrit elle aussi dans les particularités nationales des systèmes de santé, les praticien.ne.s britanniques étant encouragé.e.s, par leur formation, comme par l'organisation des soins, à adopter ce type d'attitude pragmatique en faveur de l'adoption de comportements perçus comme bénéfiques, et à prendre en considération les dimensions sociales des comportements sanitaires.

Au-delà de l'impact des systèmes de santé sur les représentations professionnelles, les contrastes institutionnels d'un pays à l'autre ont une influence sur la manière dont ces représentations structurent les pratiques professionnelles, notamment en matière de contraception masculine. Les entretiens permettent d'aborder ces pratiques telles qu'elles sont rapportées par les praticien.ne.s, et de les resituer dans le cadre des spécificités institutionnelles du NHS et du système de soins français.

Chapitre 9 : D'un système de santé à l'autre : la place des représentations **dans les pratiques professionnelles**

En matière contraceptive, les autorités sanitaires britanniques et françaises produisent régulièrement des recommandations de bonnes pratiques visant à promouvoir une approche de la consultation contraceptive prenant en compte les données acquises de la science sur l'efficacité contraceptive. S'appuyant sur les recherches épidémiologiques et sociologiques relatives à l'efficacité des différentes méthodes de contraception et sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé⁴³⁷, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et les autorités sanitaires françaises préconisent de faciliter un choix libre et informé de la méthode qui leur convient le mieux par les usager.e.s. Pour le NICE, le rôle des professionnel.le.s de santé en la matière est de *"fournir des informations sur le panel complet de contraceptifs disponibles, y compris les contraceptions d'urgence (orale et intra-utérine) et les méthodes réversibles long cours, les bénéfiques et les effets secondaires"*⁴³⁸. L'institut précise également que *"les femmes doivent obtenir la méthode de contraception la plus acceptable pour elles, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications"*⁴³⁹. En France, la formulation des recommandations cliniques publiées par la HAS et l'INPES sont moins précises quant à la manière de garantir un choix informé aux usager.e.s. L'INPES précise en 2013 : *"Pour être bien acceptée et bien suivie, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne."*⁴⁴⁰, ce qui laisse entendre que le choix relève d'un partenariat prescripteur/usager.e plutôt que de la simple décision des usager.e.s. Les recommandations de la HAS en 2004 précisent cependant que les professionnel.le.s doivent *"informer sur les choix possibles"* et *"permettre [à la femme] de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée"*⁴⁴¹.

En principe, le rôle des prescripteur/rice.s de contraception consiste donc à informer les usager.e.s sur les différentes méthodes disponibles et à les accompagner dans leur choix en fonction de la présence ou non de contre-indications. Le préservatif et la vasectomie font partie du panel et des informations sur ces méthodes sont donc théoriquement incluses au

⁴³⁷ Organisation mondiale de la santé, "Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives", Genève, 2005

⁴³⁸ NICE, "Contraceptive services for under 25s", 2014.

⁴³⁹ NICE, "Long-acting reversible contraception", 2005

⁴⁴⁰ INPES, "Comment aider une femme à choisir sa contraception ?", 2013, p. 1

⁴⁴¹ AFSSAPS, ANAES, INPES, "Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique", 2004, pp. 28-29

conseil contraceptif. Les entretiens conduits en France et en Angleterre permettent de comparer à ces normes de bonnes pratiques les manières d'aborder la consultation et le choix en matière contraceptive, telles qu'elles sont rapportées par les professionnel.le.s de santé.

En fonction de l'encadrement des pratiques médicales et des représentations des prescripteur/rices, d'importantes différences peuvent être constatées d'un pays à l'autre, qu'il s'agisse des méthodes qui sont proposées aux usager.e.s et de la manière dont elles sont évoquées, mais aussi des normes et représentations qui entourent la consultation contraceptive concernant les rôles respectifs des prescripteur/rice.s et des usager.e.s. Les pratiques analysées dans ce travail ne sont pas observées dans le cadre d'une enquête ethnographique mais rapportées par les professionnel.le.s en situation d'entretien. Si ces discours ne nous permettent pas d'étudier les pratiques réelles en consultation, ils donnent accès aux logiques professionnelles qui structurent les manières dont les praticien.ne.s abordent cette interaction.

En résonance avec l'organisation institutionnelle de la médecine analysée dans la troisième partie de ce travail, les récits de pratiques britanniques apparaissent standardisés et en accord avec les recommandations de bonnes pratiques, ce qui a des conséquences sur le traitement réservé aux méthodes masculines. En France, une plus grande diversité de pratiques et de représentations est rapportée par les professionnel.le.s.

I. Les pratiques britanniques en matière contraceptive : le choix des usager.e.s au cœur du protocole

L'organisation institutionnelle du NHS encadre fortement les consultations contraceptives. D'une part, les contrôles opérés sur la formation des professionnel.le.s favorisent une prise en charge de ce domaine de soins par des praticien.ne.s spécifiquement formé.e.s. D'autre part, le système de paiement à la performance et la publicisation des données de performances des cabinets tendent à encourager l'application des recommandations de bonnes pratiques, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive⁴⁴². Ces éléments institutionnels éclairent la standardisation des discours et des représentations qui émerge des entretiens, qu'il s'agisse de l'appréhension du choix contraceptif ou des différentes méthodes susceptibles d'être proposées aux usager.e.s.

⁴⁴² Cf. Chapitre 7 : Soignant.e.s et usager.e.s dans les systèmes de soins : des statuts nationalement différenciés

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

1. Le choix contraceptif en Angleterre : accompagner la décision des usager.e.s

Les services contraceptifs en Angleterre font l'objet d'un encadrement institutionnel aussi développé que les autres domaines médicaux. Dans ce contexte, les pratiques professionnelles décrites en entretien apparaissent à la fois standardisées et en correspondance avec les connaissances disponibles sur l'efficacité contraceptive.








a. Des pratiques inclusives : la proposition d'un large panel de méthodes

Au cours des entretiens, les praticien.ne.s britanniques rapportent des pratiques de recommandation relativement larges. En réponse aux questions "*Comment se déroule une consultation contraceptive ?*" et "*Que recommandez-vous ?*", elles et ils évoquent spontanément un grand nombre de méthodes, des méthodes barrières aux méthodes long cours, en passant par plusieurs formes de contraception hormonale.

Cette énumération conséquente et spontanée distingue les praticien.ne.s britanniques des professionnel.le.s français.es, comme nous le verrons dans la seconde partie de ce chapitre, puisque le passage en revue des différentes méthodes proposées a souvent nécessité un certain nombre de relances évoquant spécifiquement certaines méthodes ou situations en France. Cette spontanéité évoque une appréhension de la proposition de contraceptifs comme devant couvrir un large éventail d'options et suggère une habitude d'énumération chez les professionnel.le.s. Par conséquent, l'analyse des déclarations des praticien.ne.s rencontré.e.s amène au constat d'un panel de contraceptifs évoqué en consultation plutôt étendu, et relativement standardisé, avec une faible variabilité entre praticien.ne.s.

Tableau 2 : Méthodes contraceptives proposées par les praticien.ne.s britanniques

Méthodes contraceptives	D.T.	B.E.	S.N.	B.L.	K.I.	I.L.	L.D.	T.N.	T.O.	F.L.	C.H.	C.N.	S.S.	O.I.	D.X.	J.U.	M.C.
Vasectomie	Orange	Vert	Vert	Orange	Jaune	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert	Jaune	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange
Préservatif	Jaune	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Jaune	Orange	Vert	Jaune	Jaune	Vert	Jaune	Jaune	Vert	Vert	Vert
Ligature/Essure	Orange	Vert	Vert	Orange	Jaune	Vert	Orange	Orange	Orange	Vert	Jaune	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Pilule	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
DIU	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Implant	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Anneau	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Injection	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Méthodes "naturelles"	Vert	Vert	Vert	Jaune	Vert	Jaune	Vert	Orange	Orange	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	Orange	Rouge	Rouge	Jaune
Stérilet chez les nullipares	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Support pédagogique	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert

Légende		Méthode proposée		Consultant.e.s
		Méthode proposée dans certains cas		Infirmier.e.s
		Méthode acceptée sur initiative des usager.e.s		Médecins généralistes
		Méthode refusée ou omise		

Les pratiques de recommandation contraceptives britanniques laissent entrevoir peu de hiérarchisation des méthodes contraceptives, la plupart étant proposées d'emblée, sans phénomène de sélection en fonction de leur efficacité supposée ou des caractéristiques perçues des usager.e.s. Quelques exceptions à cette standardisation et à cette exhaustivité se manifestent cependant en ce qui concerne les méthodes définitives, le préservatif et les méthodes "naturelles".

Les méthodes de stérilisation ne sont évoquées qu'avec réticence par certain.e.s praticien.ne.s auprès des usager.e.s les plus jeunes et n'ayant pas eu d'enfants. Les demandes qui émergent sont cependant toujours acceptées, car il est considéré que "*C'est leur choix.*" (Mary C., médecin généraliste, femme, 48 ans, AN).

Les autres méthodes qui ne sont pas proposées systématiquement sont celles qui sont les moins efficaces, d'après les recommandations de bonnes pratiques mais aussi dans les représentations professionnelles. Il s'agit des méthodes barrières (préservatif et diaphragme⁴⁴³) et des méthodes "naturelles". Le choix du préservatif par les usager.e.s est toujours accepté, mais un certain nombre de praticien.ne.s se contentent d'accueillir les

⁴⁴³ Le diaphragme n'a pas été intégré au tableau récapitulatif des recommandations professionnelles, car il n'avait été évoqué qu'une seule fois en France et ne faisait donc pas l'objet de questions ou relances spécifiques. Les données relatives à cette méthode ne sont donc pas comparables entre les deux pays.

préférences des usager.e.s et ne le proposent pas spontanément⁴⁴⁴. Les mêmes attitudes, d'acceptation sans encouragement, sont rapportées vis-à-vis du diaphragme, avec une réticence spécifique pour les usager.e.s les plus jeunes. Il est par exemple considéré que le diaphragme présente les inconvénients des méthodes barrières, notamment concernant les échecs liés à la spontanéité de la sexualité, sans apporter les avantages prophylactiques des préservatifs. Il faut cependant noter qu'en cas de demande de la part des usager.e.s, le recours à cette méthode est accepté.

Si les méthodes "naturelles" sont acceptées comme option contraceptive par une majorité des praticien.ne.s, les médecins généralistes semblent plus opposé.e.s dans leur ensemble à leur recommandation que leurs homologues infirmier.e.s ou spécialistes, considérant que leur efficacité est trop aléatoire ("*c'est comme la roulette russe*", Daphnee X, médecin généraliste, femme, 61 ans, AN). Deux hypothèses peuvent permettre d'éclairer cette spécificité des médecins généralistes : d'une part, les demandes d'IVG passent généralement par les médecins généralistes qui sont donc potentiellement plus souvent confronté.e.s aux échecs contraceptifs et peuvent en tirer des conclusions négatives vis-à-vis de ces méthodes. D'autre part, les infirmier.e.s et les consultant.e.s exercent la plupart du temps dans des services contraceptifs qui proposent des séminaires sur le cycle de fertilité féminin, à destination des couples cherchant à augmenter leurs chances de concevoir ou au contraire souhaitant se former à la méthode des températures. Les infirmier.e.s et les consultant.e.s disposent donc potentiellement de plus de ressources si des usager.e.s manifestent un intérêt particulier pour cette méthode.

En dehors des variations autour de ces trois types de méthodes (définitives, barrières et naturelles), les pratiques rapportées par les praticien.ne.s britanniques témoignent d'une attitude globale cherchant à favoriser le choix des usager.e.s, et qui comporte une forte dimension pédagogique. L'ensemble des praticien.ne.s manifestent ainsi un attachement à l'évocation d'un panel conséquent de méthodes, envisagée comme la condition d'un choix informé car "*si on ne sait pas à côté de quoi on passe, comment est-ce qu'on peut faire un choix éclairé ?*" (Carl H., médecin généraliste, homme, 45 ans, AN).

Cette délivrance d'informations s'inscrit dans une posture globale qui postule que l'efficacité contraceptive dépend du libre choix des usager.e.s, en correspondance sur ce point avec les recommandations de bonnes pratiques diffusées dans les deux pays. Les

⁴⁴⁴ Nous reviendrons plus spécifiquement sur le préservatif dans une sous-partie consacrée aux méthodes masculines (Cf. Chapitre 9. I. 4. b. Le préservatif : une option parmi les autres ?)

praticien.ne.s britanniques considèrent tou.te.s que les usager.e.s sont décisionnaires, et que l'attitude professionnelle la plus appropriée est un accompagnement non dirigiste. Olivia I. résume ainsi une posture en retrait partagée par l'ensemble des professionnel.le.s rencontré.e.s :

"Je dois vraiment écouter les patient.e.s"⁴⁴⁵. C'est tellement important d'essayer de ne pas imposer ma vision des choses. Je dois leur parler et leur dire : "Voici vos options" et écouter les réponses. Parce que si je n'écoute pas, on peut choisir la mauvaise méthode et peut-être qu'elles/ils ne l'utiliseront pas ou qu'elles/ils en seront très insatisfait.e.s." (Olivia I., médecin généraliste, femme, 53 ans, AN).

b. Anti paternalisme et encouragement à la contraception : des effets de contexte ?

Cette posture est revendiquée par tou.te.s les praticien.ne.s rencontré.e.s et semble donc constituer une attitude professionnelle très répandue. Elle implique un travail évoqué par les professionnel.le.s sur leurs propres représentations des méthodes et des usager.e.s afin d'éviter d'influencer un choix qui ne leur appartient pas. Les usager.e.s sont appréhendé.e.s comme étant les mieux placé.e.s pour prendre cette décision et l'expertise n'est pas située du côté des praticien.ne.s mais du côté des utilisateur/trices des méthodes en question. Ces discours s'accompagnent de critiques d'une posture médicale plus traditionnelle, paternaliste, et jugée inadaptée : les praticien.ne.s britanniques promeuvent un renversement hiérarchique accordant une place prépondérante aux préférences et à l'expertise profanes, qui est en décalage avec le paternalisme médical traditionnel. Cette distance vis-à-vis d'une attitude médicale dirigiste se manifeste également dans la manière dont les praticien.ne.s abordent la question du statut social des prescripteur/rices. Elles et ils décrivent le statut des professionnel.le.s de santé comme bénéficiant d'une aura particulière, qui ne leur semble pas nécessairement justifiée, mais qui nécessite des précautions particulières afin de ne pas limiter la liberté de choix des usager.e.s : *"Je ne pense pas que nous soyons supérieur.e.s à qui que ce soit, de quelque manière ou forme que ce soit. Mais je pense qu'en tant qu'infirmier.e ou en tant que médecin, les gens nous écoutent. Vraiment. Et c'est la raison pour laquelle on doit faire attention aux informations qu'on délivre, parce que les gens estiment beaucoup notre opinion. Et vont écouter ce qu'on dit."* (Tamara O., infirmière, femme, 43 ans, AN).

⁴⁴⁵ Nous avons choisi de traduire le pluriel indéterminé par des formules neutres du point de vue du genre, afin de ne pas féminiser des discours qui évoquent potentiellement aussi bien les usagers que les usagères. L'emploi des mots "people", "patient", "person", a donc donné lieu à une traduction "neutre", alors que les phrases étaient traduites au féminin dès lors que les mots "women", "girl", "she" étaient présents dans la phrase.

Cette attitude particulière aux praticien.ne.s britanniques s'inscrit dans un contexte de forte critique institutionnelle du paternalisme médical, endossée par le General Medical Council, et peut être mise en perspective avec la place croissante accordée aux usager.e.s du système de santé britannique dans les décisions qui les concernent ainsi que dans la gouvernance du système⁴⁴⁶.

Elle renvoie également à la conception politique de la contraception comme une pratique à encourager dans le contexte britannique⁴⁴⁷. Les politiques d'accessibilité et la multiplicité des dispositifs de prévention déployés dans des contextes variés semblent encourager, chez les professionnel.le.s, une conscience des éventuelles embûches que peut comporter un parcours contraceptif pour les usager.e.s, qu'il s'agisse d'accessibilité, d'observance ou d'enjeux sociaux : les relations entretenues par les adolescent.e.s avec leurs parents ou les rapports de genre au sein des relations de couple sont autant d'éléments auxquels les praticien.ne.s disent devoir prêter attention. Cette conscience professionnelle des difficultés potentielles dans les pratiques contraceptives se traduit également par une appréhension consensuelle des grossesses non prévues comme des échecs contraceptifs dus à une inadéquation entre les méthodes contraceptives et les besoins des usager.e.s. Les grossesses non prévues sont ainsi associées aux risques inhérents à la sexualité et à la prise de contraceptif, "*un effet secondaire de la contraception*" (Sophie N., consultante en santé sexuelle et reproductive, femme, 50 ans, AN). Les praticien.ne.s considèrent ces échecs comme résultant d'un facteur humain qui concerne tout le monde, par opposition à une vision psychologique ou pathologique des oublis et erreurs de contraception : "*Aucun de nous n'est parfait. On oublie.*" (Olivia I., médecin généraliste, femme, 53 ans, AN).

Cette représentation des grossesses non prévues comme des événements difficilement évitables donne lieu à une gestion pragmatique de la part des professionnel.le.s, qui ne témoignent ni d'interprétations particulières des causes, ni de jugements : "*La plupart du temps, honnêtement, c'est parce que les méthodes n'ont pas été utilisées correctement. Mais si c'est arrivé, c'est arrivé, et il s'agit de discuter avec cette personne de ce qu'elle veut faire de cette grossesse, et juste l'aider à penser à la méthode qu'elle souhaiterait utiliser à l'avenir. Rien de plus, en fait.*" (Kate I., infirmière, femme, 43 ans, AN).

Cette conception de la responsabilité contraceptive comme une activité exigeante, avec des erreurs humaines et inévitables, tend à encourager des représentations favorables à

⁴⁴⁶ Cf. Chapitre 7 : Soignant.e.s et usager.e.s dans les systèmes de soins : des statuts nationalement différenciés

⁴⁴⁷ Cf. Chapitre 4 : Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives

l'accessibilité contraceptive. Les praticien.ne.s rencontré.e.s semblent donc correspondre aux tendances nationales historiques décrites dans la deuxième partie de ce travail, en considérant qu'il faut faciliter l'accès à la contraception et les parcours contraceptifs en général, afin de ne pas ajouter des difficultés supplémentaires à celles inhérentes à la prise d'un contraceptif. Leurs représentations résonnent ainsi avec une culture institutionnelle globale qui va dans ce sens. Ces prises de position, ainsi que l'appréhension de la consultation contraceptive en termes de choix des usager.e.s, sont en accord avec les recommandations de l'OMS et celles du NICE et de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare*⁴⁴⁸. Leur homogénéité et leur proximité avec les données de la médecine fondée sur les données probantes renvoient à une standardisation de la formation des professionnel.le.s en matière contraceptive. L'analyse des représentations de ces praticien.ne.s souligne ainsi le caractère extensif et homogène des compétences attendues en matière contraceptive dans le contexte médical britannique, aussi bien dans le domaine technique que dans celui de l'interaction médicale.

2. La standardisation des attitudes professionnelles par la formation

Une caractéristique majeure des discours professionnels britanniques est le consensus qui s'en dégage, qu'il s'agisse de la compréhension des grossesses non prévues comme échecs contraceptifs ou des conditions du choix éclairé en la matière. Dans la mesure où l'on peut difficilement considérer que les représentations personnelles de tou.te.s les praticien.ne.s sont spontanément proches les unes des autres, cette homogénéité semble renvoyer à une standardisation de la formation contraceptive et des pratiques professionnelles dans ce domaine, qui s'inscrit dans l'organisation institutionnelle des services de planification familiale en Angleterre. En effet, ces services font l'objet d'un registre administratif et d'une rémunération spécifiques. Les contrôles de formation continue prennent en compte les besoins spécifiques de chaque cabinet, et donc le besoin de compétences en contraception lorsque le cabinet est répertorié comme délivrant ces services. La prescription contraceptive est donc appréhendée institutionnellement comme une pratique devant faire l'objet de formations adaptées, ce qui se manifeste dans le haut niveau de formation des praticien.ne.s rencontré.e.s et dans la concordance entre leurs discours et les recommandations de bonnes pratiques.

⁴⁴⁸ Organisation mondiale de la santé, "Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives", Genève, 2005 ; NICE, "Long-acting reversible contraception", 2005 ; Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, "UK Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use", 2009 ; NICE, "Contraceptive services for under 25s", 2014.

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

a. Un haut niveau de formation

À l'exception des consultant.e.s en santé sexuelle et reproductive, qui ont reçu une formation de spécialistes, tou.te.s les praticien.ne.s rencontré.e.s ont choisi de suivre une formation spécifique dans le domaine de la contraception. Tou.te.s disposent *a minima* d'un diplôme de planification familiale, et certain.e.s possèdent en plus des certificats spécifiques leur permettant de poser des DIU et des implants⁴⁴⁹. Les praticien.ne.s britanniques qui ont une activité professionnelle contraceptive sont donc spécialisé.e.s. Si cette observation peut potentiellement être liée au mode de recrutement des praticien.ne.s rencontré.e.s, qui ont pour partie été contacté.e.s *via* un centre de formation en planification familiale, ce haut degré de qualification correspond aussi à l'encadrement institutionnel de la formation continue, mise en relation avec les besoins de chaque cabinet lors des évaluations annuelles des professionnel.le.s⁴⁵⁰. Un.e médecin généraliste qui souhaiterait ajouter les services contraceptifs à l'offre de soins de son cabinet ne peut théoriquement le faire que si elle ou il dispose des qualifications nécessaires et en atteste auprès des autorités sanitaires qui administrent le registre des services additionnels.

Les médecins généralistes et les infirmier.e.s que nous avons rencontré.e.s s'accordent sur les manques de leurs formations initiales en matière de contraception. Elles et ils ont fait le choix de se former dans ce domaine, et leurs motivations sont diverses. Pour les infirmier.e.s, il apparaît que le domaine de la planification familiale représente une opportunité d'exercice en grande autonomie : elles et ils peuvent effectivement, en fonction de leur formation, prendre en charge le suivi complet des usager.e.s.

Pour les médecins généralistes, se former en contraception leur permet d'étendre la couverture des services proposés dans leur cabinet : en effet, il s'agit d'un service additionnel, qui fait l'objet d'une rémunération spécifique. L'investissement temporel que représentent la formation spécialisée et sa mise à jour est ainsi compensé par la satisfaction de pouvoir proposer ce service aux usager.e.s du cabinet, par exemple en se formant à poser des DIU et des implants. De manière intéressante, même Suvan S., médecin généraliste, qui évalue la part de son activité dédiée à la contraception à 5%, s'est formé spécifiquement pour ne pas être pris en défaut face à des demandes d'usager.e.s.

⁴⁴⁹ Pour rappel, le suivi contraceptif global appartient aux services additionnels pour lesquels les cabinets sont rémunérés de manière forfaitaire. Le contrat de médecine générale stipule entre autres que ces services additionnels consistent à "*fournir un conseil sur l'ensemble des méthodes disponibles*" (NHS Employers, *Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10*, 2009). La pose de DIU et d'implants appartient aux services particuliers rémunérés à l'acte. Cf. Chapitre 6. I. 1. c. Les conséquences pour la contraception

⁴⁵⁰ Cf. Chapitre 7. II. 1. b. Des obligations professionnelles fortes en Angleterre

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

Quelles que soient les motivations ou le niveau de formation initial des professionnel.le.s, tou.te.s décrivent un travail de perfectionnement et de mise à jour continu, qui représente un investissement temporel non négligeable. Au-delà des formations spécifiques suivies régulièrement, parfois annuellement pour certain.e.s praticien.ne.s, les pratiques d'apprentissage évoquées en entretien consistent en la lecture de revues spécialisées, ou encore en une consultation quotidienne des recommandations de bonnes pratiques. Ce dernier point est favorisé par l'utilisation des logiciels du dispositif de paiement à la performance, le *Quality and Outcomes Framework*, qui proposent des liens vers les recommandations cliniques.

Un autre élément institutionnel qui semble favoriser le haut niveau de formation des praticien.ne.s rencontré.e.s est l'organisation collective de l'activité médicale. Il peut s'agir de partages d'informations entre collègues, fréquemment évoqués au sein des entretiens. Pour les praticien.ne.s exerçant dans des services dédiés, la mise à jour des connaissances est prise en charge par l'institution, *via* l'organisation de conférences et de sessions de partage d'expériences, généralement une fois par semaine. Ces différents exemples illustrent les caractéristiques de la médecine collective encouragée institutionnellement au sein du NHS en matière de dynamiques de circulation des connaissances.

Le fonctionnement du NHS semble donc encourager un haut de niveau de formation parmi les prescripteur/rice.s de contraception et des mises à jour régulières des connaissances. Les formations suivies semblent couvrir un large éventail de méthodes, mais apparaissent surtout caractérisées par un apprentissage de la posture professionnelle nécessaire à l'accompagnement des usager.e.s de contraception.

b. Une compétence professionnelle déterminée par l'attitude des soignant.e.s

Au-delà de la dimension technique des formations suivies, qui semblent comprendre des informations sur l'ensemble des méthodes disponibles, les enseignements comportent également des références à la posture professionnelle adéquate et à la notion de choix contraceptif. Tou.te.s les praticien.ne.s disent ainsi avoir appris qu'il est indispensable, d'une part, de transmettre une information exhaustive aux usager.e.s, et d'autre part, de ne pas tenter de les influencer dans le choix de la méthode, et de "*ne pas transmettre ses propres préjugés*" (Barak L., obstétricien, consultant en santé sexuelle et reproductive, homme, 70 ans, AN). Cette dimension de la formation tend à éclairer l'homogénéité des positionnements des praticien.ne.s britanniques en matière de choix. Et c'est l'apprentissage de cette attitude qui semble déterminer la compétence contraceptive pour les prescripteur/rice.s britanniques :

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

"Je pense que l'un des problèmes, si on n'est pas spécialisé, ou si on n'est pas capable de prescrire toutes les méthodes, c'est que la consultation est bien souvent déterminée par le sentiment d'aisance du professionnel vis-à-vis de ce qu'on propose. Et je pense que si on n'est pas à l'aise à l'idée de proposer des DIU ou des implants, alors il y a des chances pour qu'on n'offre pas une consultation équilibrée. Je ne pense pas qu'on doive nécessairement être spécialisé, mais je pense que si on offre un service contraceptif, il faut être capable de proposer le panel complet d'options. [...] Et je pense que ce n'est pas correct si on est seulement capable de prescrire la pilule, et qu'on voit la consultation contraceptive comme quelque chose de rapide, je pense qu'on dupe les femmes." (Sophie N., consultante en santé sexuelle et reproductive, femme, 50 ans, AN).

L'affirmation de la nécessité d'être formé.e pour prescrire des contraceptifs ne donne pas lieu à un engagement en faveur d'un monopole prescriptif pour les médecins. Au contraire, la combinaison d'une conscience partagée des enjeux d'accessibilité des services contraceptifs et d'une confiance professionnelle dans les protocoles de prescription a pour conséquence des positionnements globalement en faveur d'une prescription par des professions diversifiées, des infirmier.e.s aux pharmacienn.e.s en passant par les travailleur.se.s sociaux. Le contexte institutionnel du NHS, qui autorise la prescription par les infirmier.e.s, mais aussi des projets pilotes développant la compétence prescriptive des pharmacienn.e.s et des travailleur/euses dans le secteur social, participe potentiellement à cette appréhension non monopolistique de la compétence contraceptive. La prescription contraceptive n'est ainsi pas abordée comme une pratique qu'il faudrait réserver à des médecins spécialisé.e.s ("*Ce n'est pas de la médecine de pointe, c'est très facile.*" (Daphnee X, médecin généraliste, femme, 61 ans, AN)). En revanche, la posture professionnelle autorisant le choix des usager.e.s apparaît à la fois centrale dans les formations suivies dans le domaine contraceptif, et un critère déterminant la véritable compétence professionnelle dans les discours des praticien.ne.s.

Les propos recueillis au cours des entretiens avec les professionnel.le.s britanniques dessinent ainsi un paysage relativement uniforme dans lequel la prescription contraceptive est prise en charge par des praticien.ne.s tou.te.s formé.e.s spécifiquement, et pour qui la compétence essentielle relève de la posture dans l'interaction médicale plutôt que des connaissances techniques. Le contexte institutionnel britannique semble favoriser un haut degré de qualification parmi les prescripteur/rices, et une standardisation des attitudes et des représentations qui relèverait du caractère extensif des formations dispensées. La posture

professionnelle générale décrite en entretien est celle d'un accompagnement des usager.e.s non-directif et favorable au choix individuel, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. Cette posture non-directive s'inscrit dans le relatif libéralisme des soignant.e.s britanniques, par opposition à une conception paternaliste de l'accompagnement des usager.e.s⁴⁵¹. Cette standardisation n'est pas uniquement le fruit de la qualification des professionnel.le.s. L'encadrement des pratiques mis en place au sein du NHS, que nous avons abordé dans la troisième partie de ce travail⁴⁵², s'applique au domaine contraceptif et contribue à une diffusion des pratiques recommandées par les autorités sanitaires.

3. Le rôle du système : l'encadrement protocolaire du choix contraceptif

Le contexte institutionnel du NHS favorise une standardisation des pratiques en matière d'accompagnement au choix contraceptif par le biais des exigences du *Quality and Outcomes Framework* et par l'encouragement au recours à des protocoles standards, établis par des sociétés savantes officielles. En matière de contraception, cette spécificité institutionnelle se traduit par un très large recours à des supports informatifs, qui participent à la standardisation des pratiques et à la largesse du panel de méthodes proposé.

a. La contraception dans le Quality and Outcomes Framework

Le *Quality and Outcomes Framework*, mis en place en 2004, a intégré en 2009 la contraception aux domaines concernés par l'évaluation des pratiques et de l'application des recommandations⁴⁵³. Deux indicateurs sont mobilisés : la tenue d'un registre des usagères bénéficiant de services contraceptifs et le fait d'avoir eu une discussion sur les méthodes longs cours, institutionnellement promues dans la mesure où il a été considéré qu'elles n'étaient pas assez connues par le public (Arrowsmith, Majeed, Lee et Saxena, 2014). Les praticien.ne.s sont ainsi fortement encouragé.e.s à initier cette discussion du fait de l'enregistrement électronique de leurs pratiques : "On doit entrer un code qui signifie : « Ce conseil a été donné ». Donc même si on voit une dame qui est très satisfaite de sa pilule, ne veut rien essayer d'autre, on donne quand même ce conseil. Et il y a un pourcentage à atteindre. Je ne me souviens plus, disons 70 % des patientes qui viennent pour une contraception, « Est-ce que j'ai eu cette discussion avec elle ? »." (Carl H., médecin généraliste, homme, 45 ans, AN).

⁴⁵¹ Cf. Chapitre 5 : Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : les exemples de l'avortement et de la stérilisation

⁴⁵² Cf. Chapitre 7 : Soignant.e.s et usager.e.s dans les systèmes de soins : des statuts nationalement différenciés

⁴⁵³ NHS Employers, *Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10*, 2009 (http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Publications/QOF_Guidance_2009_final.pdf)

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

Ce contrôle extérieur est accepté par les praticien.ne.s qui considèrent dans leur ensemble qu'il est un facteur d'amélioration et d'équité en matière de soins, même si cela augmente la charge de travail à laquelle elles et ils sont confronté.e.s.

La valorisation des méthodes long cours dans le contexte institutionnel britannique s'appuie sur l'argument de leur efficacité, et sans doute de leurs faibles coûts⁴⁵⁴. Cette orientation pourrait nuire à la neutralité des professionnel.le.s et des services en encourageant une promotion plus prononcée des LARCs (Long Acting Reversible Contraception) que des autres méthodes. Un indicateur plus neutre consisterait par exemple à valoriser la proposition de l'ensemble du panel de contraceptifs, plutôt que la discussion sur les LARCs uniquement. Cependant, la culture professionnelle du choix tend à limiter ce biais de l'encadrement institutionnel. En effet, si les professionnel.le.s considèrent dans leur ensemble que les LARCs sont des méthodes très efficaces, leur acceptation du principe du choix contraceptif par les usager.e.s semble plus déterminante dans la manière dont elles et ils abordent les consultations :

"Je n'ai pas tendance à recommander des méthodes. J'essaie de présenter ça vraiment comme un choix, pour que les gens identifient eux-mêmes leur méthode. Clairement, les LARCs sont très efficaces et bon marché mais je veux aussi que les gens comprennent... Je veux qu'elles choisissent une méthode long cours parce qu'elles veulent la meilleure méthode de contraception. Ce n'est pas toujours la bonne méthode. Donc je présente ça comme une option, mais je ne recommande rien." (Sophie N., consultante en santé sexuelle et reproductive, femme, 50 ans, AN).



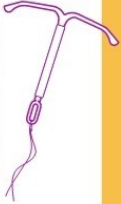
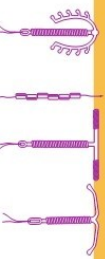


Par ailleurs, la discussion contraceptive sur les LARCs s'appuie sur un protocole qui préconise la distribution d'informations écrites, évoquant toutes les méthodes disponibles, et non pas seulement les méthodes long cours.

b. L'utilisation de supports pédagogiques









Tou.te.s les praticien.ne.s rencontré.e.s en Angleterre utilisent des supports documentaires pour présenter le panel de méthodes contraceptives aux usager.e.s. La majorité utilise le dépliant édité par la *Family Planning Association*, très largement distribué dans les services de santé sexuelle et reproductive et dans les cabinets de médecine générale. Ce dépliant se présente comme suit :

⁴⁵⁴ Cf. Chapitre 6. I. 1. c. Les conséquences pour la contraception

Methods with no user failure – methods that do not depend on you remembering to take or use them.

Contraceptive injection	Implant	Intrauterine system (IUS)	Intrauterine device (IUD)	Female sterilisation (tubal occlusion)	Male sterilisation (vasectomy)
 <p>Over 99 per cent effective. Less than four women in 1,000 will get pregnant over two years.</p>	 <p>Over 99 per cent effective. Less than one woman in 1,000 will get pregnant over three years.</p>	 <p>Over 99 per cent effective. Less than one woman in 100 will get pregnant over five years.</p>	 <p>Over 99 per cent effective. Less than two women in 100 will get pregnant over five years.</p>	 <p>The overall failure rate is about one in 200. This is a permanent method, suitable for people who are sure they never want children or do not want more children.</p>	 <p>About one in 2,000 male sterilisations fail. This is a permanent method, suitable for people who are sure they never want children or do not want more children.</p>
<p>Releases the hormone progesterone which stops ovulation, thickens cervical mucus to prevent sperm reaching an egg and thins the lining of the uterus (womb) to prevent a fertilised egg implanting.</p>	<p>Small flexible rod put under the skin of the upper arm. Releases the hormone progesterone. It stops ovulation, thickens cervical mucus to prevent sperm reaching an egg and thins the lining of the uterus to prevent a fertilised egg implanting.</p>	<p>A small T-shaped plastic device which slowly releases the hormone progesterone is put into the uterus. It thins the lining of the uterus to prevent a fertilised egg implanting and thickens the cervical mucus which makes it difficult for sperm to meet an egg.</p>	<p>A small plastic and copper device is put into the uterus. It stops sperm reaching an egg, and may also stop a fertilised egg implanting in the uterus.</p>	<p>The fallopian tubes are cut, sealed or blocked by an operation. This stops the egg and sperm meeting.</p>	<p>The tubes (vas deferens) that carry sperm from the testicles to the penis are cut, sealed or tied.</p>
<p>Advantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasts for 12 weeks (Depo-Provera), eight weeks (Norelgestat) or 13 weeks (Sayana Press). • You can use it if you are breastfeeding. • You don't have to think about contraception for as long as the injection lasts. 	<p>Advantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Works for three years but can be taken out sooner. • You don't have to think about contraception for as long as the implant is in place. • When the implant is removed your fertility will return to normal. 	<p>Advantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Works for five years but can be taken out sooner. • Periods usually become lighter, shorter and sometimes less painful. • You don't have to think about contraception for as long as the IUS is in place. • When the IUS is removed your fertility will return to normal. 	<p>Advantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Works as soon as it is put in. Can stay in 5–10 years depending on type, but can be taken out at any time. • You don't have to think about contraception for as long as the IUD is in place. • When the IUD is removed your fertility will return to normal. 	<p>Advantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • It cannot easily be reversed. • Once the operation has worked, you don't have to think about contraception. • Periods are unaffected. 	<p>Advantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • It cannot easily be reversed. • Once the operation has worked, you don't have to think about contraception. • Usually performed under a local anaesthetic.
<p>Disadvantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periods may stop, be irregular or last longer. • Periods and fertility may take time to return after stopping the injection. • Some women gain weight. 	<p>Disadvantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periods may stop, be irregular or last longer. • Acne may occur, or worsen. • It requires a small procedure to fit and remove it. 	<p>Disadvantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irregular bleeding or spotting is common in the first six months. • Periods may stop altogether. • Very small chance of getting an infection during the first 20 days after insertion. • May get ovarian cysts. • Insertion can be uncomfortable. 	<p>Disadvantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • May not be suitable for women at risk of getting a sexually transmitted infection. • Periods may be heavier or longer and more painful. • Very small chance of getting an infection during the first 20 days after insertion. • Insertion can be uncomfortable. 	<p>Disadvantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • All operations carry some risk, but the risk of serious complications is low. • There is a small increased risk of ectopic pregnancy if female sterilisation fails. • You will need a general or local anaesthetic. 	<p>Disadvantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraception must be used until a semen test shows that no sperm are left. This can take at least eight weeks. • Some men may experience ongoing testicle pain but this is not common. Treatment for this is often unsuccessful.
<p>Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • The injection cannot be removed from the body so any side-effects may continue for as long as it works and for some time afterwards. • Not affected by other medicines, diarrhoea or vomiting. 	<p>Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Put in using a local anaesthetic and no stitches are needed. • Tenderness, bruising and some swelling may occur. • You should be able to feel the implant with your fingers, but it can't be seen. • Some medicines may stop the implant from working. 	<p>Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • If fitted after 45 it can stay in place until the menopause. • Women are taught to check the IUS is in place. • Can be useful for women with very heavy and/or painful periods. • A check for any existing infection is usually advised before an IUS is put in. • Not affected by other medicines. 	<p>Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • If fitted after 40 it can stay in place until the menopause. • Women are taught to check the IUD is in place. • A check for any existing infection is usually advised before an IUD is put in. • Not affected by other medicines. 	<p>Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Should not be chosen if in any doubt, and counselling is important. • You may experience discomfort or some pain for a short time after sterilisation. It is important to rest and avoid strenuous activity for a while after the procedure. 	<p>Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Should not be chosen if in any doubt, and counselling is important. • You may experience discomfort or some pain for a short time after sterilisation. It is important to rest and avoid strenuous activity for a while after the procedure.

Methods with user failure – methods you have to use and think about regularly or each time you have sex. **Must** be used according to instructions.

 <p>Contraceptive vaginal ring</p> <p>Over 99 per cent effective if used according to instructions. Less than one woman in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Contraceptive patch</p> <p>Over 99 per cent effective if used according to instructions. Less than one woman in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Combined pill (COC)</p> <p>Over 99 per cent effective if taken according to instructions. Less than one woman in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Progesterogen-only pill (POP)</p> <p>Over 99 per cent effective if taken according to instructions. Less than one woman in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Male condom</p> <p>98 per cent effective if used according to instructions. Two women in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Female condom</p> <p>95 per cent effective if used according to instructions. Five women in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Diaphragm/cap with spermicide</p> <p>Diaphragms and caps are 92–96 per cent effective when used with spermicide. Between four and eight women in 100 will get pregnant in a year.</p>	 <p>Natural family planning</p> <p>If used according to teaching and instructions, up to 99 per cent effective. Up to one woman in 100 will get pregnant in a year.</p>	<ul style="list-style-type: none"> You don't have to think about it every day. It is not affected if you vomit or have diarrhoea. Can make periods regular, lighter and less painful. It is easy to insert and remove. 	<ul style="list-style-type: none"> You don't have to think about it every day. It is not affected if you vomit or have diarrhoea. Periods will usually become more regular, lighter and less painful. It improves acne for some women. 	<ul style="list-style-type: none"> Usually makes periods regular, lighter and less painful. Reduces risk of cancer of the ovary, uterus and colon. Suitable for healthy non-smokers up to the age of 50. When you stop using the combined pill your fertility will return to normal. 	<ul style="list-style-type: none"> Can be used by women who cannot use estrogen. Can be used by women who smoke and are over 35. You can use it if you are breastfeeding. 	<ul style="list-style-type: none"> Free from contraception and sexual health clinics and young people's services and some general practices and GUM clinics. Can help protect from sexually transmitted infections. No serious side-effects. Additional spermicide is not needed or recommended. 	<ul style="list-style-type: none"> Can be put in any time before sex from sexually transmitted infections. Oil-based products can be used with female condoms. No serious side-effects. Additional spermicide is not needed or recommended. 	<ul style="list-style-type: none"> Can be put in any time before sex. You only have to use it when you have sex. No serious health risks. 	<ul style="list-style-type: none"> No physical side-effects. No chemicals or physical products are used. Gives a woman a greater awareness of her body. Can also be used to plan a pregnancy. 	<ul style="list-style-type: none"> Not suitable for very overweight women or smokers over 35 years. Low risk of serious side-effects such as blood clots, breast and cervical cancer. Can be temporary side-effects such as headaches, nausea, mood changes and breast tenderness. Possible skin irritation. 	<ul style="list-style-type: none"> Not suitable for very overweight women or smokers over 35 years. Low risk of serious side-effects such as blood clots, breast and cervical cancer. Can be temporary side-effects such as headaches, nausea, mood changes and breast tenderness. Possible skin irritation. 	<ul style="list-style-type: none"> Not suitable for very overweight women or smokers over 35 years. Low risk of serious side-effects such as blood clots, breast and cervical cancer. Can be temporary side-effects such as headaches, nausea, mood changes and breast tenderness. 	<ul style="list-style-type: none"> Periods may stop or be irregular, light or more frequent. May be temporary side-effects such as acne, breast tenderness, weight change and headaches. May get ovarian cysts. 	<ul style="list-style-type: none"> May slip off or split if not used correctly or is the wrong size or shape. Main needs to withdraw as soon as the penis goes soft being careful not to spill any semen. 	<ul style="list-style-type: none"> Need to make sure the man's penis enters the condom and not between the vagina and the condom. May get pushed into the vagina. Not as widely available as male condoms. 	<ul style="list-style-type: none"> Extra spermicide is needed if you have sex again. Some people can be sensitive to spermicide. Can take time to learn how to use correctly. 	<ul style="list-style-type: none"> Need to avoid sex or use a condom at fertile times of the cycle. It takes 3–6 menstrual cycles to learn effectively. You have to keep daily records. 	<ul style="list-style-type: none"> Women must be comfortable with inserting and removing it. It is used for three weeks out of every four. Some medicines can make it less effective. Breakthrough bleeding and spotting may occur in the first few months. 	<ul style="list-style-type: none"> May be seen. New patch is used each week for three weeks out of four. Some medicines can make it less effective. Breakthrough bleeding and spotting is common in the first few months. 	<ul style="list-style-type: none"> Missing pills, vomiting or severe, long-lasting diarrhoea can make it less effective. Some medicines can make it less effective. Breakthrough bleeding and spotting is common in the first few months. 	<ul style="list-style-type: none"> It needs to be taken at the same time each day. Not effective if taken over the weekend (12 hours for Cerazette) or after vomiting or severe, long-lasting diarrhoea. Some medicines may make it less effective. 	<ul style="list-style-type: none"> Must be put on before the penis enters the woman's genital area. Oil-based products damage latex polyurethane condoms. Available in different shapes and sizes. Advised to use extra lubricant when using condoms for anal sex. 	<ul style="list-style-type: none"> Use a new condom each time and follow the instructions carefully. Soft online and free online resources for contraception and sexual health clinics and young people's services, and some general practices and GUM clinics. 	<ul style="list-style-type: none"> You need to use the correct size. You may need a different size after you have had a baby/menarche. Needs to be left in for six hours after sex. 	<ul style="list-style-type: none"> Persona is a small handheld computerised monitor with urine test strips that detect hormonal changes. Personal predicts the fertile and infertile times of the menstrual cycle. If used correctly it can be 94 per cent effective. 	<p>Comments</p>	<p>Disadvantages</p>	<p>Advantages</p>	<p>How it works</p>	<p>Effectiveness</p>
---	--	---	--	---	--	---	---	--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	---	--	---	--	--	--	---	---	--	--	--	---	--	---	------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------------

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

La présentation des méthodes contraceptives renvoie aux représentations qui apparaissent dominantes dans le contexte britannique : le recours à un contraceptif est présenté comme une pratique avec des risques inhérents, que l'on peut chercher à minimiser en limitant le facteur humain. C'est donc ce critère qui structure la présentation des méthodes en deux catégories : les "méthodes sans échec lié à l'usager.e" et les "méthodes avec échec lié à l'usager.e".

Ce dépliant est utilisé par la majorité des praticien.ne.s comme aide pédagogique et permet un premier passage en revue des différentes méthodes disponibles. Celles et ceux qui n'utilisent pas le dépliant de la FPA adoptent aussi cette approche pédagogique *via* l'impression de documents édités par le NHS⁴⁵⁵, ou encore en utilisant un présentoir spécifique dans les services de Marie Stopes International, sous forme de chevalet⁴⁵⁶. Cet usage systématique de supports écrits récapitulant les options à disposition des usager.e.s est répandu au sein du NHS dans d'autres domaines médicaux⁴⁵⁷ : il s'agit donc d'une pratique institutionnellement ancrée et encouragée, ne serait-ce que par la mise à disposition de ces supports auprès des praticien.ne.s.

Ces informations sont distribuées aux usager.e.s de manière systématique, par exemple lorsqu'elles et ils viennent chercher des préservatifs gratuits, et même lors des consultations de renouvellement d'ordonnance de pilule ou lorsque une demande spécifique est formulée.

L'usage systématique d'un support pédagogique identique participe à la standardisation des pratiques professionnelles, indépendamment des motifs de consultation, et indépendamment des préférences et représentations des prescripteur/rices. Ces supports peuvent contribuer à limiter l'impact de la subjectivité des praticien.ne.s dans la manière dont se déroule le choix contraceptif.

Comme le tableau récapitulatif des recommandations contraceptives professionnelles le suggère, toutes les méthodes ne sont pas considérées exactement de la même manière par les praticien.ne.s britanniques, même si la variabilité entre les individus et entre les méthodes est modérée. Les méthodes définitives ou barrières sont ainsi moins systématiquement proposées que les méthodes hormonales ou long cours. Le recours à un support pédagogique permet cependant de limiter l'impact des réticences professionnelles vis-à-vis de certaines méthodes,

⁴⁵⁵ Cf. Les documents publiés sur le site www.patient.co.uk en annexe (Annexe 9)

⁴⁵⁶ Il s'agit d'un présentoir avec une double présentation des informations : un côté est face aux usager.e.s avec des informations sur les méthodes et des images. L'autre côté, face aux soignant.e.s, rappelle les questions à poser aux usager.e.s, et informe sur la manière de présenter les différentes méthodes.

⁴⁵⁷ Cf. Chapitre 7. I. 1. a. L'information individuelle au sein du parcours de soins : reconnaissance et application des droits des usager.e.s

ou liées à l'âge des usager.e.s. En effet, le document utilisé présente toutes les méthodes disponibles, à l'exception du retrait, ce qui a pour conséquence que les usager.e.s se trouvent en possession d'informations presque exhaustives, même lorsque les professionnel.le.s omettent une méthode ou insistent plus sur les alternatives. De plus, le fait d'appuyer la délivrance de l'information contraceptive sur un support documentaire limite les oublis ou les omissions de la part des praticien.ne.s.

L'usage du support vient ainsi parfois contrebalancer les éventuelles réticences ou omissions des professionnel.le.s, puisqu'il leur permet de passer en revue toutes les méthodes de contraception, même lorsque l'une d'entre elles leur paraît inappropriée pour l'utilisateur.e qui consulte. À titre d'exemple, les praticien.ne.s qui jugent peu opportun d'évoquer la stérilisation avec des usager.e.s mineur.e.s l'évoquent lorsqu'elles ou ils passent en revue les différentes méthodes du dépliant, tout en précisant par exemple "*Ce n'est probablement pas pour votre groupe d'âge*" (Barbara E., obstétricienne, consultante en santé sexuelle et reproductive, femme, 41 ans, AN). Les dépliants ont ainsi une fonction pédagogique qui dépasse l'espace de la consultation : il s'agit non seulement d'aider les usager.e.s à choisir mais aussi de les informer durablement sur l'ensemble des méthodes disponibles afin que cette connaissance soit acquise pour le futur.

Les pratiques britanniques en matière de contraception apparaissent donc correspondre globalement aux recommandations de bonnes pratiques, et ce notamment du fait de leur encadrement. Le contrôle de la formation continue, mais aussi l'intégration de ce domaine aux pratiques faisant l'objet d'une évaluation au sein du QOF, et la promotion d'outils pédagogiques standardisés ont un impact limitatif sur les variations de pratiques entre les praticien.ne.s, et notamment sur le rôle de leurs représentations personnelles ou encore sur les conséquences d'oubli ou d'omissions dans la présentation du panel. Tou.te.s ont bénéficié d'une formation spécialisée et s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques pour promouvoir le choix des usager.e.s au sein de la consultation contraceptive. Dans ce contexte de fort encadrement des pratiques professionnelles, quelle place est accordée aux méthodes masculines de contraception ?

4. Les méthodes masculines comme composantes du choix

Les méthodes masculines ont un statut particulier dans le système de soins britanniques. En effet, malgré la mixité croissante des espaces médicaux délivrant des contraceptifs, une disposition institutionnelle consacre durablement la contraception comme domaine féminin : seules les femmes peuvent être inscrites au registre des usager.e.s bénéficiant d'un suivi

contraceptif et être comptabilisées dans le calcul de la rémunération de ce service additionnel au niveau des cabinets de médecine générale. Cette disposition représente un biais de genre important du système de soins britannique, qui ne permet pas de considérer les hommes comme des usagers de services contraceptifs sur le plan administratif. En dépit de cette structuration genrée des services, les praticien.ne.s britanniques sont caractérisé.e.s par une attitude globalement favorable au recours aux méthodes masculines.

a. La vasectomie : une méthode plébiscitée en fin de vie reproductive

La vasectomie est considérée par les professionnel.le.s britanniques comme une très bonne méthode pour les personnes ayant "complété leur famille". L'expression "famille complète", qui désigne une famille dans laquelle le couple parental a engendré le nombre d'enfants souhaité et n'a plus de projet de grossesse, revient régulièrement dans les discours britanniques. La difficulté de traduction de cette expression illustre sans doute l'adaptation du langage aux contextes historiques, et particulièrement l'impact du natalisme français sur les expressions permettant de caractériser les intentions de fécondité⁴⁵⁸. La vasectomie est en tout état de cause facilement proposée aux personnes qui ont déjà eu des enfants. Elle est évoquée parfois auprès des hommes, dans les cabinets de médecine générale, mais est également incluse au conseil contraceptif global procuré aux femmes.

L'encouragement de la vasectomie par les professionnel.le.s britanniques a plusieurs motivations. D'une part, comme nous l'avons vu dans le chapitre 8, les praticien.ne.s considèrent qu'il s'agit d'une bonne méthode pour impliquer les hommes dans les responsabilités contraceptives. D'autre part, cette méthode est considérée comme très efficace, et plus limitée dans ses effets secondaires que son équivalent pour les femmes. Par ailleurs, du fait de la séparation des soins primaires et secondaires au sein du NHS, et des listes d'attente qui caractérisent l'accès aux opérations chirurgicales non-urgentes, l'option de la vasectomie est également jugée préférable du fait de son accessibilité, par rapport à la stérilisation tubaire qui est réalisée sous anesthésie générale en milieu hospitalier⁴⁵⁹.

Les praticien.ne.s semblent donc pleinement intégrer cette méthode au panel contraceptif disponible, et ce même auprès de personnes plus jeunes et sans enfants qui en font la demande. Cette forte accessibilité s'appuie notamment sur la formation médicale des

⁴⁵⁸ Cf. Chapitre 5 : Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : les exemples de l'avortement et de la stérilisation

⁴⁵⁹ Ce n'est pas le cas de la méthode Essure ®, proposée depuis 2007 en France et 2009 en Angleterre, et qui permet une intervention aussi simple et rapide que la vasectomie.

praticien.ne.s qui disent avoir été encouragé.e.s à la proposer dès leurs études, ce qui se distingue très fortement du contexte français comme nous le verrons par la suite.

Cet encouragement institutionnel de la vasectomie est également perceptible à travers sa présence au sein du dépliant utilisé en consultation, qui a pour conséquence son évocation dans le cadre du protocole. L'impact des représentations des prescripteur/rices, vis-à-vis des méthodes ou des usager.e.s, peut ainsi se voir tempéré par l'appui sur le dépliant dans la manière dont le choix contraceptif est présenté. Cet encadrement des pratiques joue un rôle particulièrement important auprès des praticien.ne.s les moins enthousiastes vis-à-vis de la vasectomie, ou les moins convaincu.e.s de l'intérêt des couples ou des hommes pour cette méthode, comme l'illustre les deux extraits d'entretien suivants :

"CV: Est-ce que vous parlez de vasectomie ?

[rires] Oui. D'après mon expérience, il y a peu d'hommes qui viennent et parlent de vasectomie. Si vous voyez ce que je veux dire.

CV : Alors quand est-ce que vous en parlez ?

Et bien, ça fait partie de la contraception dans son ensemble, donc expliquer qu'il y a la stérilisation, féminine et masculine, et demander aux femmes de parler à leur partenaire, de revenir avec leur partenaire."

(Julie U., médecin généraliste, femme, 38 ans, AN)

"Quand est-ce que je parle de vasectomie ? Quand je parle de stérilisation. Les deux sont liés ensemble. Le speech c'est de dire : « C'est facile pour lui, difficile pour vous ». Mais je déteste ce speech, je ne pense pas qu'il soit suffisant parce que c'est très difficile pour certains hommes de soumettre leurs testicules à un couteau. Alors que pour certaines femmes, une anesthésie générale, c'est trivial."

(Doris T., consultante en santé sexuelle et reproductive, femme, 61 ans, AN)

Malgré leurs représentations personnelles du manque d'intérêt potentiel des hommes, ces deux praticiennes disent ainsi évoquer la vasectomie en respectant le discours protocolaire qui favorise à la fois le choix parmi le panel le plus large possible de méthodes et une préférence pour la vasectomie par rapport à la stérilisation tubaire.

b. Le préservatif : une option parmi les autres ?

Le préservatif est une méthode particulière puisqu'elle ne fait pas l'objet d'une prescription et que le rôle des prescripteur/rice.s est donc plus limité que pour les méthodes nécessitant une ordonnance ou un geste médical. Il est cependant relativement intégré au parcours contraceptif dans la mesure où les services contraceptifs et certains cabinets de

médecine générale en distribuent gratuitement. Avec la répartition des tâches entre médecins et infirmier.e.s, il est rare que les consultant.e.s, voire les médecins généralistes, soient mobilisé.e.s pour donner accès aux préservatifs : d'après les entretiens, il semble que les infirmier.e.s assurent une consultation rapide de délivrance de préservatifs gratuits et du dépliant informatif lorsque les usager.e.s mentionnent dès leur arrivée que c'est le but de leur visite. Malgré ce statut légèrement marginal du préservatif, cette méthode est incluse au dépliant et fait l'objet de discussions en consultation.

Le préservatif suscite des attitudes professionnelles plus variées que la vasectomie. Un petit nombre de praticien.ne.s expriment ainsi des réticences vis-à-vis de cette méthode, appuyées sur l'argument de sa moindre efficacité par rapport aux autres méthodes. Les risques d'échec de cette méthode sont généralement attribués au facteur humain. Dans le contexte britannique, les méthodes de contraception sont catégorisées en fonction de ce facteur humain, et ce sont les méthodes qui le mobilisent le moins qui sont les plus plébiscitées officiellement. Les réticences exprimées par certain.e.s praticien.ne.s s'expriment ainsi vis-à-vis des risques liés aux méthodes barrières en général, et pas uniquement à cette méthode masculine. Cependant, ces réticences ne sont pas majoritaires, et d'autres praticien.ne.s mettent cette méthode au même niveau que les autres.

Dans tous les cas de figure, et quelle que soit l'opinion des praticien.ne.s quant à l'efficacité de cette méthode, le fait de douter de l'efficacité du préservatif ne mène pas à son exclusion du panel proposé. En effet, le facteur humain dans l'utilisation du préservatif, appréhendé comme la principale source d'échec de cette méthode, est abordé par les praticien.ne.s comme pouvant être amélioré : elles et ils s'attachent à former les usager.e.s à l'utilisation de cette méthode afin de limiter les risques associés, et à les informer sur la contraception d'urgence comme sécurité supplémentaire :

"Je pense que ça fonctionne bien pour beaucoup de femmes. Beaucoup de femmes continuent à l'utiliser. [...] Mais je pense qu'il faut sécuriser tout ça avec des conseils sur la contraception d'urgence, parce que je ne pense pas que qui que ce soit utilise les préservatifs absolument parfaitement tout le temps. Je pense que probablement la majorité des gens ont déjà eu un accident de préservatif ou ont oublié d'en utiliser un, ou quoi que ce soit, et on sait que les chiffres de l'efficacité ne sont pas géniaux en ce qui concerne les grossesses non prévues." (Mary C., médecin généraliste, femme, 48 ans, AN).

Par ailleurs, dans le contexte institutionnel du NHS, la valorisation du libre choix d'une contraception par les usager.e.s a pour conséquence qu'aucun.e praticien.ne n'exclut

catégoriquement une méthode en particulier⁴⁶⁰, et tou.te.s évoquent le rôle contraceptif de cette méthode dès lors que les usager.e.s démontrent un intérêt particulier. Cette culture du choix se double de l'encadrement des pratiques par le protocole. Comme pour la vasectomie, les éventuelles réticences professionnelles ou personnelles sont tempérées par l'utilisation du dépliant, qui mentionne le préservatif dans la même catégorie de méthodes que la pilule hormonale ("Méthodes avec échec lié à l'usager.e").

Les représentations professionnelles britanniques vis-à-vis du préservatif apparaissent donc dans l'ensemble moins favorables que celles vis-à-vis de la vasectomie, cette différence se cristallisant autour des enjeux d'efficacité, abordés conjointement pour l'ensemble des méthodes barrières. Mais l'impact de ces représentations sur les pratiques, du moins selon le récit qui en est fait, semble limité par l'encadrement des pratiques et l'adhésion professionnelle au principe du choix des usager.e.s. Une majorité de praticien.ne.s incluent le préservatif au panel de méthodes proposées, et tou.te.s l'évoquent plus en détail face à des demandes d'usager.e.s. La culture institutionnelle du choix joue un rôle dans la manière dont l'information sur cette méthode est abordée, puisque les praticien.ne.s se focalisent sur les connaissances à apporter aux usager.e.s pour favoriser une utilisation efficace du préservatif, et ne disqualifient pas cette méthode malgré les réticences parfois exprimées.

Les méthodes de contraception masculine apportent donc un éclairage particulier sur les conséquences de l'encadrement de la formation et des pratiques professionnelles médicales en Angleterre. Se situant aux deux extrémités du spectre des méthodes disponibles, elles suscitent des réticences professionnelles, sur l'argument de l'efficacité ou d'une irréversibilité jugée inadaptée aux usager.e.s les plus jeunes. Mais la formation des professionnel.le.s sur l'importance d'offrir un choix informé aux usager.e.s et l'usage systématique de supports documentaires limitent fortement l'impact de ces éventuelles réticences, en définissant un rôle professionnel principalement dévolu à la délivrance d'une information la plus neutre et la plus exhaustive possible.

Les pratiques professionnelles entourant la prescription contraceptive en Angleterre apparaissent donc caractérisées d'une part, par un haut niveau de formation des prescripteur/rice.s, qui connaissent toutes les méthodes disponibles ; sont souvent capables d'effectuer les gestes médicaux nécessaires ; et maîtrisent le contenu des recommandations de bonnes pratiques nationales, notamment en ce qui concerne le lien entre l'efficacité d'une

⁴⁶⁰ À l'exclusion notable des méthodes "naturelles"

méthode contraceptive et la possibilité pour les usager.e.s de choisir librement celle qui leur convient le mieux. Le respect de ces recommandations de bonnes pratiques est également assuré par leur intégration au QOF et par l'usage très répandu de supports documentaires d'information et d'aide à la décision. Ces dispositifs apparaissent particulièrement nécessaires pour limiter l'impact des éventuelles réticences que certain.e.s praticien.ne.s expriment vis-à-vis de certaines méthodes, ou celui de leurs représentations personnelles. Les pratiques et les attitudes rapportées dans les entretiens réalisés renvoient, d'autre part, au pragmatisme, au sens d'acceptation de la réalité des pratiques et des demandes des usager.e.s, qui semble caractériser les professionnel.le.s britanniques. Ce pragmatisme, également constaté dans le domaine de l'implication masculine, s'oppose à une forme de dogmatisme qui s'exprime chez certain.e.s praticien.ne.s français.es. Il peut être interprété dans le cadre de l'encadrement institutionnel des interactions entre les soignant.e.s et les usager.e.s, et de la réduction de l'asymétrie de ces interactions par le statut accordé aux usager.e.s par les politiques de démocratie sanitaire britannique. En d'autres termes, la description par les professionnel.le.s de leur rôle en termes d'accompagnement et de mise à disposition des informations rappelle la posture professionnelle d'agent.e.s d'un service de l'Etat, au service des usager.e.s, par opposition à une relation hiérarchique et prescriptive entre des expert.e.s et des profanes.

L'étude de ces pratiques montre que l'encadrement institutionnel favorise la mention de toutes les méthodes contraceptives disponibles indépendamment des représentations personnelles des professionnel.le.s. La mise en relation de ces pratiques avec le fort recours aux méthodes masculines de contraception suggère, au-delà des différences historiques et légales entre la France et l'Angleterre, que lorsque ces méthodes sont proposées, elles sont choisies et utilisées par les usager.e.s. Afin d'analyser cette relation entre pratiques professionnelles et proportion de méthodes masculines utilisées en population générale en France, une analyse similaire des pratiques des professionnel.le.s français.es a été réalisée.

II. La consultation contraceptive en France : des pratiques et des logiques hétérogènes

Les pratiques françaises en matière de consultation contraceptive s'inscrivent dans un double contexte : nous avons vu dans le chapitre 8 qu'un certain nombre de praticien.ne.s expriment des doutes quant à la possibilité des hommes de s'impliquer dans les responsabilités contraceptives, ce qui pourrait avoir un impact sur leur manière d'appréhender les méthodes masculines disponibles. Par ailleurs, le contexte historique français, marqué par des politiques natalistes, accorde une place limitée et controversée à la vasectomie, du fait de son irréversibilité. Enfin, en comparaison avec le système de santé britannique, les politiques

sanitaires françaises accordent une autonomie beaucoup plus importante aux prescripteur/rices, notamment en matière d'application des recommandations. Ces différents éléments contextuels, qui différencient la France de l'Angleterre, poussent à s'interroger sur leurs traductions en matière de pratiques professionnelles et notamment sur la manière dont les praticien.ne.s appréhendent le choix contraceptif, au sens large, et spécifiquement concernant les méthodes masculines. Les données du volet "Médecins" de l'enquête FECOND, réalisée en 2010 par l'INSERM et l'INED, ont été mobilisées en complément des entretiens réalisés en France, afin d'éclairer les spécificités des pratiques françaises à travers l'analyse des logiques de recommandation contraceptive des professionnel.le.s.

1. Les pratiques de recommandation contraceptive française : du modèle contraceptif à l'hétérogénéité des pratiques

Les logiques médicales françaises en matière contraceptive ont déjà été partiellement abordées dans des analyses sociologiques portant sur les parcours contraceptifs individuels (Guibert-Lantoine et Leridon, 1998 ; Bajos et Ferrand, 2002 ; Bajos *et al.*, 2003, 2004) ou sur des méthodes spécifiques (Bretin, 1992, 2004 ; Moreau, Bohet, Hassoun, Ringa et Bajos, 2014). En partant du postulat d'une influence médicale sur les choix contraceptifs des usager.e.s, ces analyses ont mis en évidence l'existence d'une norme contraceptive française, qui éclaire notamment la centralité de la pilule hormonale dans la structure des usages contraceptifs. Les données du volet "Médecins" de l'enquête FECOND permettent de caractériser un certain nombre de spécificités françaises en matière de pratiques professionnelles : elles portent sur un échantillon aléatoire de 1011 gynécologues et médecins généralistes ayant répondu à un questionnaire sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive (Bajos, Bohet, Le Guen et Moreau, 2012). Les entretiens ont été mobilisés pour analyser plus finement les logiques professionnelles qui participent à la délimitation du choix contraceptif offert aux usager.e.s, notamment en matière de contraceptions masculines.

a. Le modèle contraceptif français et la centralité de la pilule

Les pratiques contraceptives en France ont déjà fait l'objet d'analyses en sciences humaines. L'approche sociologique des grossesses non prévues de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand a ainsi mis en évidence l'existence d'une norme française structurant le recours contraceptif (Bajos et Ferrand, 2002). Ce modèle normatif peut être résumé en trois phases correspondant à des étapes biographiques de la vie des femmes et de leurs relations de

couple : l'usage du préservatif caractérise ainsi les premiers mois des relations amoureuses, à la suite de quoi la majorité des femmes se voit prescrire une pilule contraceptive. Une troisième phase intervient lorsque les femmes ont eu plusieurs grossesses et que l'usage du dispositif intra-utérin est alors préconisé. Cette norme s'inscrit dans des représentations des méthodes contraceptives correspondant à des modes de vie analysés du point de vue de la conjugalité (relation débutante ou stable) et des expériences de grossesse. Elle fait l'impasse sur la variabilité des préférences individuelles en termes de mode d'administration de la contraception et sur la nécessité de donner accès à toutes les méthodes aux usager.e.s, indépendamment de ces critères généraux que sont la parité ou la stabilité ou l'instabilité présumées d'une relation amoureuse. Les auteures analysent ces impasses et la rigidité de ce modèle comme responsables d'une partie des grossesses non prévues, du fait de l'inadéquation entre les méthodes prescrites selon ces normes et les besoins et préférences individuelles. La crise médiatique autour des pilules de 3e et 4e générations a légèrement modifié ce modèle, en médiatisant la possibilité pour les nullipares de recourir au DIU en dépit des réticences de la profession médicale française (Moreau, Bohet, Hassoun, Ringa et Bajos, 2014), et en accentuant un phénomène déjà présent de désaffection pour la pilule contraceptive au profit du préservatif et des méthodes "naturelles" (Bajos *et al.*, 2014). La structure des pratiques contraceptives françaises demeure cependant caractérisée par la centralité de la pilule hormonale, notamment en comparaison avec les paysages contraceptifs plus diversifiés d'autres pays occidentaux (de Irala, Osorio, Carlos et Lopez-del Burgo, 2011)⁴⁶¹.

La centralité de la pilule contraceptive dans le modèle contraceptif français peut être éclairée par des éléments institutionnels. D'une part, une proportion importante des femmes françaises consultent des gynécologues pour leur suivi contraceptif. La spécialité de gynécologie médicale, spécifique à la France, a historiquement construit sa légitimité sur les connaissances en endocrinologie de ses membres, qu'il s'agisse de la pilule contraceptive ou des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (Delanoë, 1998). La prescription de ces traitements hormonaux s'inscrit de plus dans les perceptions du corps féminin au sein de cette spécialité, jouant un rôle de normalisation des corps (Guyard, 2008).

Par ailleurs, la formation dispensée aux étudiant.e.s en médecine en matière contraceptive est limitée. L'étude de Maud Gelly (Gelly, 2006) et les expériences rapportées

⁴⁶¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2014*, 2014

en entretien convergent vers un enseignement d'une durée de quatre heures environ, qui se focalise sur les caractéristiques techniques des différentes pilules contraceptives. Au-delà de cette formation initiale limitée, le niveau d'expertise des médecins généralistes dépend essentiellement des choix qu'elles et ils font dans la gestion de leur carrière et de leurs obligations de développement professionnel continu. Dans les cas où les médecins ne se forment pas plus avant sur les questions contraceptives, leurs habitudes prescriptives ont une forte probabilité de se concentrer sur cette approche technique des pilules. La pilule représente également la méthode la plus simple à prescrire⁴⁶² puisqu'elle n'implique pas de geste médical et peut constituer une réponse minimale, en termes de compétences professionnelles requises, à une demande de contraception.

L'exploitation des données de l'enquête FECOND selon une classification ascendante hiérarchique⁴⁶³ permet de distinguer plusieurs profils de prescripteur/rice.s en fonction des méthodes qu'elles et ils déclarent recommander⁴⁶⁴ "souvent" et "parfois" ou "rarement" et "jamais". Cette classification montre une relation entre le niveau de formation et la variété des méthodes recommandées : plus les praticien.ne.s sont formé.e.s (formation continue, lecture de revues scientifiques, visites de laboratoires pharmaceutiques⁴⁶⁵), plus elles et ils recommandent une diversité de méthodes. Les résultats de cette analyse montrent l'absence de standardisation du niveau de formation des prescripteur/rice.s de contraception français.es, et surtout l'hétérogénéité de leurs pratiques. Les usager.e.s ne se verront pas recommander le même panel de méthodes en fonction des praticien.ne.s consulté.e.s. Au sein de cette variabilité de profils, le dénominateur commun à tou.te.s les praticien.ne.s est la recommandation de pilule contraceptive, ce qui contribue à éclairer la centralité de cette méthode dans le contexte français.

⁴⁶² La pilule hormonale n'est cependant pas la méthode la plus facile à prendre pour les usagères (Bajos et Ferrand, 2002 ; Bretin et Kotobi, 2016).

⁴⁶³ Cette analyse a été conduite en collaboration avec Alexandra Roux et Nathalie Bajos et a fait l'objet d'une publication disponible en annexe, au sein de laquelle des précisions sur la méthodologie employée sont apportées (Cf. Annexe 10).

⁴⁶⁴ La question posée était pour chaque méthode : "*Concernant la contraception, avez-vous recommandé les méthodes suivantes au cours des 12 derniers mois ?*". Les réponses possibles étaient "*Souvent, Parfois, Rarement, ou Jamais*". Le terme de recommandation peut recouvrir des sens pluriels au sens de conseiller ou proposer. Nous avons ici considéré que cette recommandation intervenait en amont de la prescription, au titre de la discussion informative qui prend place dans la consultation. En effet, au cours des entretiens, les réponses à la question "*que recommandez-vous ?*" suscitaient des réponses en ce sens, c'est-à-dire sur les méthodes que les praticien.ne.s suggéraient aux usagères.

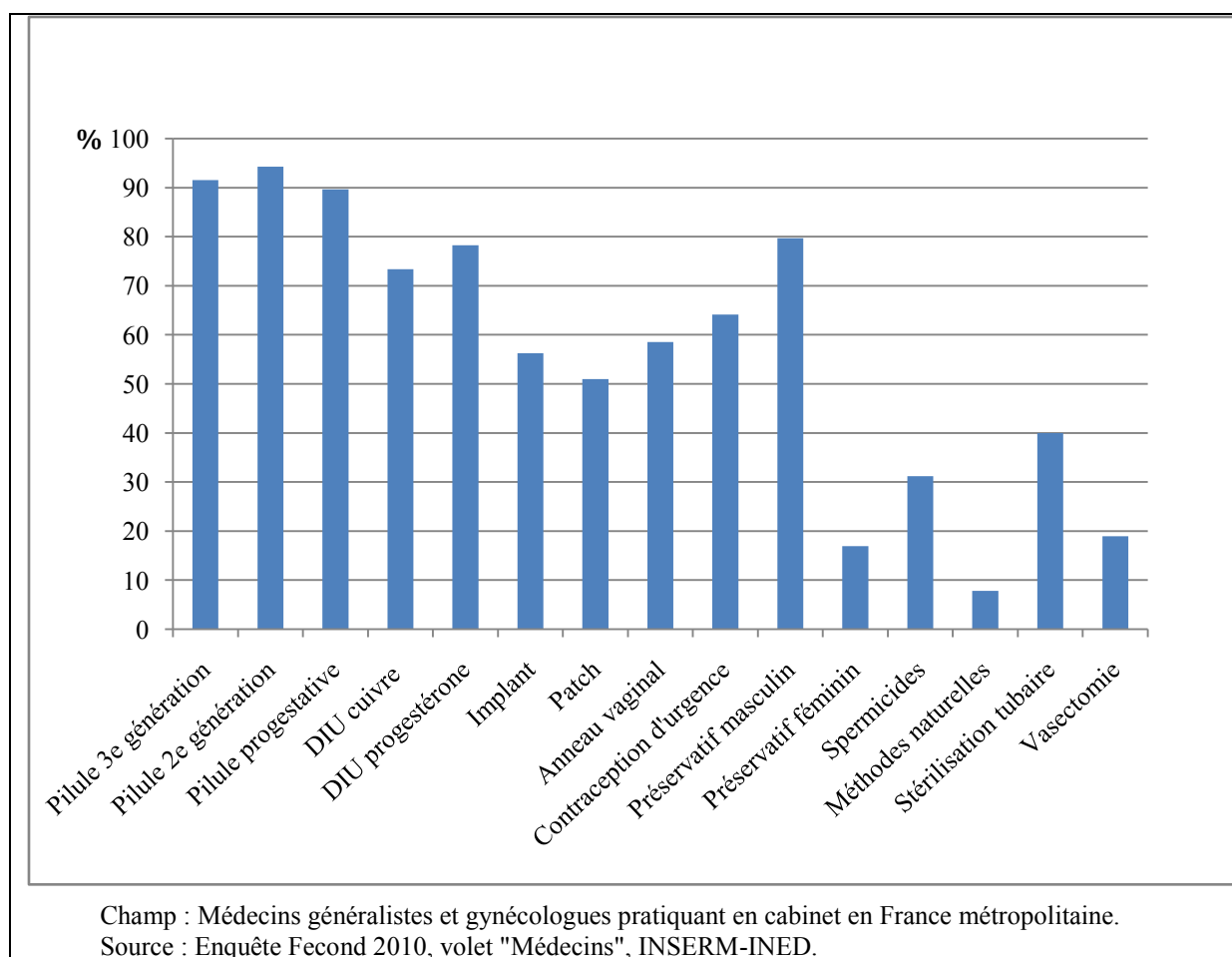
⁴⁶⁵ Cette source d'information n'est pas l'équivalent d'une formation mais elle peut pallier le manque de formation initiale. Cf. Chapitre 7, II. 1. Le droit à des professionnel.le.s compétent.e.s : le contrôle de la formation continue

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

b. Des pratiques professionnelles hétérogènes

Les données de l'enquête FECOND montrent également que les différentes méthodes de contraception ne sont pas recommandées systématiquement, comme le nécessiterait une mise à disposition des informations permettant un choix éclairé, mais de manière très variable.

Graphique 3. Pourcentage de médecins qui ont recommandé la méthode souvent ou parfois au cours des 12 derniers mois

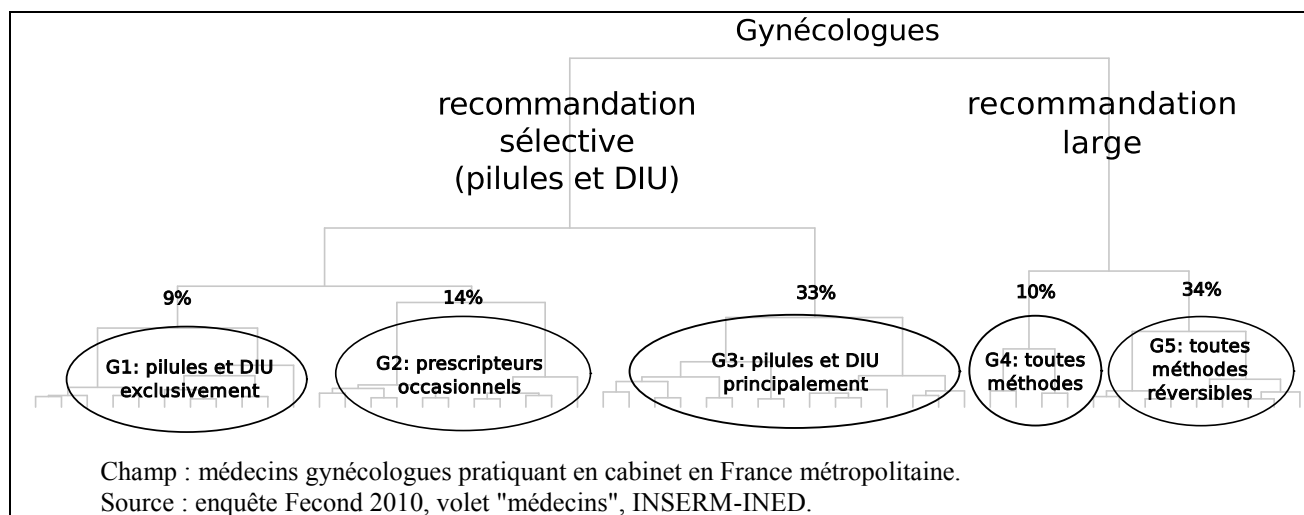


Ces données mettent en avant la domination des pilules hormonales et des DIU sur les autres méthodes de contraception, puisque ces dernières sont recommandées fréquemment par une large majorité des praticien.ne.s. Le fort taux de recommandation du préservatif est sans doute lié à ses fonctions prophylactiques, plutôt que contraceptives, comme nous le verrons à travers l'analyse des entretiens. À l'inverse, certaines méthodes comme le préservatif féminin ou la vasectomie semblent exclues du panel recommandé par une majorité de médecins.

Cette hétérogénéité du statut des méthodes est complexifiée par une grande hétérogénéité intra-professionnelle. Au sein des deux spécialités incluses dans l'enquête

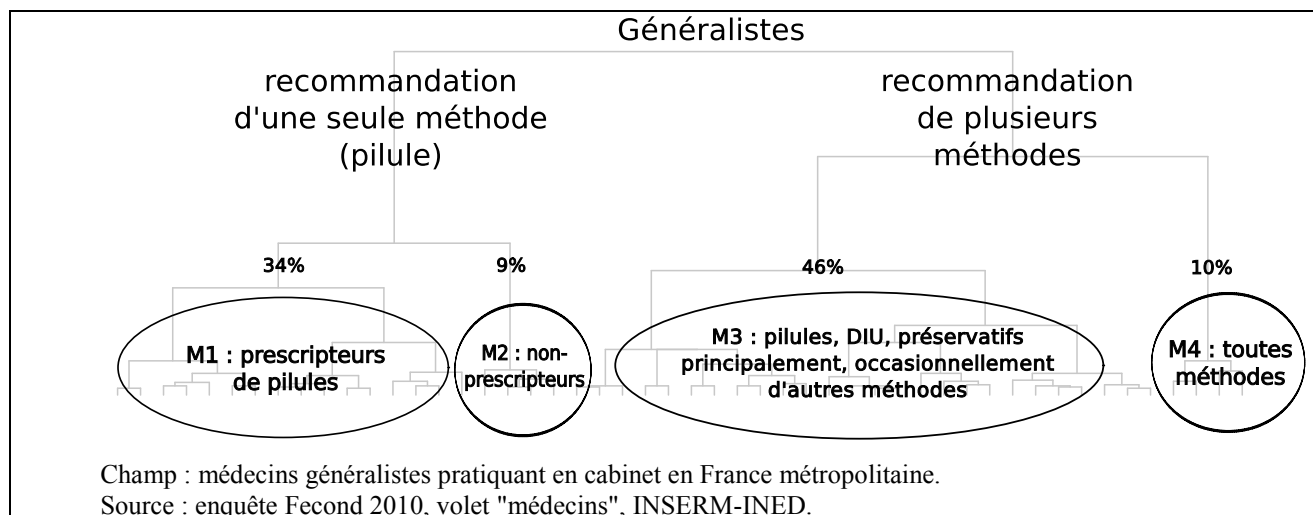
FECOND (médecine générale et gynécologie), plusieurs profils de prescripteur/rice.s se démarquent, en fonction de la largesse du panel de méthodes recommandées "souvent" ou "parfois". Les dendrogrammes suivants spécifient les modalités de distinction entre ces différents profils, dans chaque spécialité.

Figure 1 : Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les gynécologues



Les prescripteurs occasionnels (G2) ne prescrivent que des pilules hormonales.

Figure 2 : Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les généralistes



Ces profils établis à partir des habitudes de recommandation déclarées sont caractérisés par des différences de formation, comme nous l'avons précisé, mais aussi des spécificités individuelles comme le mode d'exercice (les praticien.ne.s exerçant en cabinets collectifs ayant tendance à recommander un panel plus large que leurs homologues exerçant en cabinet individuel), le sexe des professionnel.le.s (les femmes ayant tendance, quelle que soit la

spécialité, à recommander un panel plus large que les hommes), ou encore en fonction de leurs expériences personnelles de la contraception, un point sur lequel nous reviendrons.

L'enquête FECOND permet donc d'aborder le modèle contraceptif du point de vue des pratiques professionnelles : les méthodes les plus recommandées sont les pilules contraceptives et les DIU, avec 80% des praticien.ne.s interrogé.e.s estimant que cette méthode n'est pas indiquée pour les nullipares (Moreau, Bohet, Hassoun, Ringa et Bajos, 2014). Ces données apparaissent cohérentes avec les normes contraceptives décrites par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand et éclairent le rôle potentiel joué par les professionnel.le.s dans leur édification et leur transmission auprès des usager.e.s. Par ailleurs, l'enquête souligne l'absence de standardisation des niveaux de formation et des pratiques médicales françaises en matière contraceptive, qui renvoie aux spécificités institutionnelles du système de santé français⁴⁶⁶.

Ces tendances françaises mises en lumière par l'enquête FECOND se retrouvent au sein des entretiens réalisés avec des professionnel.le.s, notamment en ce qui concerne l'hétérogénéité des pratiques et la centralité de la pilule contraceptive.

c. Une grande variabilité au sein des entretiens

Les entretiens réalisés avec des professionnel.le.s français.es permettent d'établir un tableau récapitulatif des méthodes proposées aux usager.e.s en demande de contraception, en fonction des méthodes évoquées en réponse aux questions "*Comment se déroule une consultation de contraception ?*", "*Que proposez-vous ?*" et d'une série de relances comme "*Que recommandez-vous aux plus jeunes ?*" ou "*Que proposez-vous aux femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants ?*". Dans la plupart des cas, des relances spécifiques ont permis d'explorer les positionnements professionnels vis-à-vis de chacune des méthodes contraceptives. Cependant, lorsque la durée de l'entretien ne permettait pas cette énumération, nous avons considéré que dès lors qu'une méthode n'apparaissait jamais au cours d'un entretien, en dépit de ces relances, il pouvait être considéré qu'elle était exclue du panel proposé. Les attitudes des praticien.ne.s rencontré.e.s vis-à-vis des différentes méthodes de contraception sont résumées dans le tableau suivant.

⁴⁶⁶ Cf. Chapitre 8 : Penser l'implication des hommes en matière contraceptive : les représentations professionnelles

Tableau 3 : Attitudes des professionnel.le.s français.es vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives

	N.H.	E.S.	C.D.	D.K.	S.A.	F.S.	O.Q.	B.S.	D.E.	I.H.	A.D.	P.Z.	H.G.	P.Q.	D.M.	
Méthodes contraceptives																
Vasectomie	Orange	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Orange	Rouge	Rouge	Non	Vert	Rouge	Jaune	Rouge	Rouge	Orange	
Préservatif	Orange	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Jaune	Orange	Jaune	Vert	Orange	
Ligature/Essure	Vert	Rouge	Vert	Vert	Rouge	Orange	Rouge	Vert	Vert	Vert	Vert	Jaune	Rouge	Vert	Jaune	
Pilule	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	
DIU	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	
Implant	Vert	Rouge	Vert	Vert	Orange	Rouge	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	
Anneau	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	
Injection	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Rouge	Vert	Vert	Orange	
Méthodes "naturelles"	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Orange	Jaune	Rouge	Vert	Rouge	
DIU chez les nullipares	Vert	Jaune	Rouge	Rouge	Orange	Vert	Vert	Rouge	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	
Support pédagogique	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Rouge	

Groupe des "essentialistes"

Groupe des "constructivistes"

- Légende
- Méthode proposée
 - Méthode proposée dans certains cas
 - Méthode acceptée sur initiative des usager.e.s
 - Méthode refusée ou omise

- Médecins généralistes
- Gynécologues

Le premier constat qui peut être formulé est celui de la forte hétérogénéité du statut des méthodes contraceptives, qui font l'objet de recommandations contrastées. Certaines méthodes, et notamment les modes d'administration d'hormones alternatifs à la pilule (injection, anneau, implant) ou la vasectomie, ne sont jamais proposées par plus de la moitié des praticien.ne.s appartenant au groupe "essentialiste". Ce tableau met également en évidence une hétérogénéité entre les praticien.ne.s, avec une différence marquée entre le groupe des "essentialistes", caractérisé par un panel de recommandations restreint, et celui des "constructivistes", qui semblent proposer un panel plus large. Une variabilité interne à ces groupes est également visible, avec des différences notables concernant les méthodes définitives ou l'injection par exemple. Au sein du groupe essentialiste, les méthodes exclues du panel proposé se recoupent chez les gynécologues (méthodes masculines, méthodes "naturelles" et dans une moindre mesure DIU pour les nullipares). Les médecins généralistes excluent la plupart des méthodes en dehors de la pilule hormonale et des DIU avec quelques variations. Le groupe des "constructivistes" est légèrement plus homogène, et ce sont

généralement les mêmes méthodes qui sont exclues ou omises (la vasectomie, le préservatif et les méthodes "naturelles"), avec le cas particulier de Damien M., sur lequel nous reviendrons.

Un troisième constat qui peut être avancé est celui d'une variabilité fonction des usager.e.s rencontré.e.s : le DIU, le préservatif ou encore la vasectomie ne sont pas proposé.e.s systématiquement par certain.e.s praticien.ne.s, mais selon des critères attribués aux usager.e.s que nous aborderons plus en détail par la suite. Le recours à certaines méthodes (préservatif, méthodes définitives) peut être accepté lorsqu'elles sont évoquées par les usager.e.s, sans faire l'objet d'une proposition, ce qui constitue également un facteur d'hétérogénéité en fonction des usager.e.s, de leurs connaissances personnelles et de leurs capacités de négociation dans le contexte de la consultation (Bretin et Kotobi, 2016).

Du point de vue des méthodes, les entretiens mettent en avant la centralité de la pilule contraceptive, seule méthode proposée par tou.te.s les praticien.ne.s, mais aussi la faible recommandation des méthodes masculines. Ces résultats se distinguent de ceux de l'enquête FECOND, dans la mesure où les entretiens ont permis de distinguer la recommandation du préservatif pour ses fonctions prophylactiques ou contraceptives : le tableau ne mentionne que la proposition de cette méthode comme contraception, qui est minoritaire parmi les praticien.ne.s rencontré.e.s.

Afin de mieux caractériser les pratiques de recommandations contraceptives, nous les avons resituées au sein des discours et représentations des praticien.ne.s de chaque groupe.

2. La réduction du choix par le paternalisme médical des "essentialistes"

Le groupe des "essentialistes" est caractérisé par un faible nombre de méthodes proposées spontanément aux usager.e.s qui les consultent. L'analyse des discours de ces praticien.ne.s permet de réinscrire l'inclusion et l'exclusion de telle ou telle méthode dans une approche globale de la prescription contraceptive et du statut des usager.e.s.

a. Une approche paternaliste du choix contraceptif

Les praticien.ne.s du groupe des "essentialistes" semblent dans leur majorité adopter le modèle normatif contraceptif décrit par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (Bajos et Ferrand, 2002), et attribuer à des âges et à des situations, notamment conjugales et familiales, des méthodes contraceptives attitrées (Ruault, 2015). La prescription contraceptive correspond alors à une évaluation professionnelle de la situation de l'usagère, en fonction de critères d'âge et de parité, et non à une information sur les méthodes disponibles à disposition de l'usagère.

Les usagères les plus jeunes se voient essentiellement proposer une pilule contraceptive, sauf en cas de difficulté avérée d'observance. Dans ce cas de figure, l'évaluation par la ou le professionnel.le d'une inaptitude ou d'un manque de maturité donne lieu à la prescription d'un implant contraceptif, pour celles qui ne sont "*pas capables de prendre la pilule*" (Danièle K., gynécologue médicale, femme, 55 ans, FR). Ces pratiques rappellent les logiques de recommandation des implants et des contraceptifs injectables décrites par Hélène Bretin et Laurence Kotobi (Bretin, 1992, 2004 ; Bretin et Kotobi, 2016). Il ne s'agit pas de présenter une alternative élargissant l'éventail des possibilités contraceptives, mais plutôt de prescrire d'emblée un mode d'administration sur la base d'une incompétence contraceptive évaluée par les professionnel.le.s, souvent appuyée sur des jugements de classe.

Le choix d'une méthode contraceptive n'apparaît pas réellement abordé en termes d'autonomie des usagères mais plutôt en termes d'expertise médicale relative à une série de critères d'ordre corporel (parité, mais aussi apparence physique, notamment le poids ou l'acné), social (degré de stabilité des relations amoureuses, perçu ou avéré) ou psychologique (personnalité perçue des usagères). Les discours de plusieurs praticien.ne.s, notamment celles et ceux formé.e.s en gynécologie, renvoient cependant à l'approche officielle du choix contraceptif, qui préconise de favoriser les préférences individuelles, notamment à travers le slogan "*La meilleure contraception, c'est celle que la femme choisit*", témoignant d'une connaissance des normes de pratique promues par les campagnes de sensibilisation officielles⁴⁶⁷. Ces discours s'inscrivent pourtant en contradiction avec les pratiques des mêmes praticien.ne.s, qui refusent l'accès à un certain nombre de méthodes, comme l'implant contraceptif, exclu par Émile S., gynécologue médical, parce que "*ça [l] 'enquiquine*", ou le DIU pour les femmes nullipares, dans la mesure où "*la pilule, ça marche très bien, c'est quand même pratique.*" (Claudine D., gynécologue médicale, femme, 61 ans, FR). Leur référence à l'importance du choix des femmes apparaît donc plutôt relever du discours, et non d'un principe appliqué dans leur pratique clinique.

Les refus d'accès à des méthodes contraceptives sont généralement justifiés par une appréhension de la situation des usagères et leur sont imposés sous couvert de pédagogie : il s'agit d'expliquer les raisons du refus, sur un plan considéré comme médical, donc relevant de l'expertise des professionnel.le.s. Les professionnel.le.s de ce groupe évoquent ainsi

⁴⁶⁷ INPES, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit - Dossier de Presse*, 2007 (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>)

volontiers les idées fausses des usagères, et la nécessité de les dissuader d'avoir recours à la méthode qu'elles souhaiteraient utiliser, du fait de leur âge, de leur acné ou de leur parité.

L'appréhension du choix de la méthode comme un diagnostic posé par les professionnel.le.s implique ainsi parfois de ne pas écouter les préférences des usagères en leur refusant des contraceptifs ou en leur en imposant d'autres. La normativité professionnelle s'étend parfois, au sein de l'activité prescriptive, à d'autres domaines de la vie des usagères, à travers par exemple des refus de prescription de pilules contraceptives justifiés par le tabagisme ou le poids des usagères, ou encore la promotion de normes en termes d'âge idéal de maternité, comme l'illustre l'exemple de Claudine D., qui refuse un dispositif intra-utérin à une patiente de 43 ans car elle est nullipare, et lui suggère une stérilisation alors que cette dernière évoque un désir de grossesse. Ce désir d'enfant est disqualifié par la praticienne qui estime que cette usagère est trop âgée.

En dépit d'une connaissance des slogans des campagnes de sensibilisation, ces praticien.ne.s appréhendent donc la prescription contraceptive comme relevant d'un choix médical, appuyé sur des critères évalués par les professionnel.le.s, et non comme un choix appartenant aux usagères. Cette appréhension dirigiste, voire paternaliste, de la consultation de contraception s'inscrit dans une philosophie globale de leur profession et des relations avec les usagères.

○ *Paternalisme médical et statut des usagères*

La promotion d'une norme contraceptive rigide entre en contradiction avec les besoins et les choix contraceptifs des usagères, ce qui peut provoquer des tensions. Les praticien.ne.s manifestent une certaine irritation vis-à-vis de certaines demandes jugées abusives, parce que s'écartant de leurs normes contraceptives personnelles, ou vis-à-vis d'échecs contraceptifs analysés comme des preuves de l'ignorance, de la mauvaise volonté ou de l'ambivalence des usagères.

Le point de vue paternaliste sur la prescription contraceptive, selon lequel les praticien.ne.s sont plus en mesure de choisir un contraceptif adapté que les usagères elles-mêmes, se heurte ici d'une part, à l'autonomie des usagères qui revendiquent l'accès à des formes de contraception "alternatives" par rapport à celles recommandées par les professionnel.le.s. Il se confronte d'autre part, à des problèmes d'observance et des échecs contraceptifs induits par l'inadéquation des méthodes promues avec le mode de vie des usagères. Ces tensions semblent résolues, d'un point de vue intellectuel, par la disqualification des compétences et des connaissances contraceptives profanes. L'ignorance

des usagères, leur ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse, leurs idées reçues, leur désinvolture et les erreurs qu'elles commettent dans le suivi des traitements contraceptifs sont fréquemment évoquées pour souligner l'importance du rôle pédagogique des soignant.e.s. Ces comportements profanes inadaptés sont tenus pour responsables de l'irruption de grossesses non prévues, ce qui renvoie de fait les échecs contraceptifs dans le domaine de la responsabilité individuelle, et permet ainsi de ne pas interroger les pratiques professionnelles. Les grossesses non prévues sont mobilisées dans ces discours comme des témoignages de l'incompétence individuelle : leur irruption serait ainsi la preuve de l'incapacité des usagères à gérer leur contraception et de la nécessité d'un encadrement médical de ces pratiques.

Certaines prises de position de ces praticien.ne.s sont caractérisées par de l'irritation, voire de la violence à l'égard des usagères :

"Il y a celles qui font n'importe quoi. Il y en a qui en sont au 4^e ou 5^e avortement alors que bon... On leur a mis un stérilet, enfin on a tout fait et ça ne marche jamais, rien ne va. Elles oublient, elles ne font pas ce qu'il faut." (Claudine D., gynécologue médicale, femme, 61 ans, FR)

"Elles ne comprennent rien." (Danièle K., gynécologue médicale, femme, 55 ans, FR)

"L'implant, c'est bien pour les toutes jeunes filles à qui on ne peut pas faire confiance." (Samuel A., gynécologue obstétricien, homme, 59 ans, FR)

"CV : À quoi pensez-vous que c'est dû, le fait de tomber enceinte alors qu'elles ne le souhaitaient pas ?

Ce n'est pas qu'elles le souhaitaient pas, elles savaient très bien ce qu'elles risquaient en le faisant. Parce que à 14-15 ans maintenant, elles le savent toutes. Donc elles le savaient parfaitement." (Bernard S., médecin généraliste, homme, 64 ans, FR).

Cette irritation vis-à-vis des consultantes peut être mise en relation avec le manque de contrôle des professionnel.le.s sur les usagères, c'est-à-dire une tension entre une approche normative et paternaliste de la contraception et la réalité de la pratique. La sociologue Géraldine Bloy a ainsi analysé des propos virulents de médecins généralistes tenus à l'encontre de patient.e.s qui ne se soumettent pas aux normes comportementales préventives défendues par les médecins. Cette violence verbale est mise en relation avec un sentiment de perte de contrôle face à l'autonomie des usager.e.s, perte de contrôle particulièrement difficile à accepter pour les praticien.ne.s adeptes d'une pratique médicale dirigiste : *"C'est pour ceux qui tentent de maintenir un style de pratique paternaliste ou «maternaliste», c'est-à-dire qui négocient difficilement le virage de l'autonomie des patients, qu'elle est source de crispation*

ou d'incompréhension." (Bloy, 2016, 57). Les praticien.ne.s qui composent ce groupe semblent effectivement relativement attaché.e.s à une conception paternaliste de leur rôle professionnel. Pour Émile S, gynécologue médical de 74 ans, le rôle médical prend même une coloration religieuse, puisqu'il se décrit comme le "*confesseur*" des consultantes.

Ces représentations du choix contraceptif, perçu comme devant être guidé par un.e médecin expert.e face à l'incompétence et la désinvolture des usagères, postule l'incompétence profane et *a contrario* une forte compétence médicale en matière contraceptive. Pourtant, le simple fait de restreindre *a priori* le choix contraceptif entre en contradiction avec les normes de bonnes pratiques diffusées par la HAS. Ce décalage entre les pratiques professionnelles et les normes de bonnes pratiques souligne les enjeux de pouvoir et de connaissances qui structurent ces consultations.

b. Troubles dans l'expertise : pouvoir médical et compétences requises

Les praticien.ne.s appartenant au groupe des "essentialistes" décrivent tou.te.s la consultation contraceptive comme relevant d'une expertise professionnelle très spécifique et nécessairement médicale. Les praticien.ne.s de ce groupe se montrent ainsi parfois opposé.e.s au principe d'une ouverture des droits prescriptifs à d'autres professionnel.le.s.

Pour certain.e.s gynécologues médicaux/ales (Émile S., Nadine H., Claudine D.), la défense de leurs compétences spécialisées passe par la disqualification d'autres médecins, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou même des gynécologues obstétricien.ne.s, qui ne consacraient pas suffisamment de temps aux consultations contraceptives et ne prescriraient que des pilules hormonales. Ces discours traduisent une adhésion aux représentations de la gynécologie médicale comme une spécialité impliquant un suivi personnalisé et de qualité des femmes, qui rejoint les discours de défense de la spécialité lorsqu'elle a été institutionnellement menacée par la suppression du diplôme en 1983⁴⁶⁸. Les récits de pratiques des mêmes praticien.ne.s soulignent cependant un décalage important entre cette représentation et les possibilités de choix réelles offertes aux usager.e.s dans la mesure où elles et ils opèrent des restrictions de choix auprès des femmes et disent prescrire en majorité des pilules. Laurence Guyard avait également montré que les gynécologues de cette spécialité revendiquaient une expertise particulière en matière de sexualité et une relation de soins

⁴⁶⁸ Le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, créé en 1997, a ainsi coordonné un ensemble de mobilisations qui ont abouti au rétablissement d'une formation spécifique en 2003. Ce comité s'est rassemblé autour de l'idée que "*la suppression de la gynécologie médicale faisait courir un grand danger aux femmes*" et affirme que les médecins généralistes, les gynécologues obstétricien.ne.s et les sages-femmes ne sont pas compétent.e.s pour assurer un suivi gynécologique adapté aux usagères. (Cf. <http://www.cdgm.org/>, consulté le 14 janvier 2016)

facilitant la parole des usagères sur ce point, alors que les consultations observées comportaient très peu d'évocations de cet aspect de la vie des femmes, et que les praticien.ne.s avaient tendance à évacuer ces questions rapidement (Guyard, 2008).

La défense d'une compétence particulière réservée aux médecins passe également par une opposition de la part de certain.e.s praticien.ne.s au principe d'un suivi contraceptif assuré par les sages-femmes. Les entretiens se déroulent en 2012, et la prescription contraceptive est autorisée pour les sages-femmes, même en dehors du suivi *post partum*, depuis 2009, mais pour Nadine H., Émile S. ou encore Samuel A., "*laisser des sages-femmes prescrire des pilules est extrêmement dangereux*" (Émile S., gynécologue médical, homme, 74 ans, FR). Cette position n'est pas adoptée par l'ensemble des praticien.ne.s de ce groupe, puisque Françoise S. et Danièle K. sont par exemple en faveur de cette extension des droits prescriptifs. Les données de l'enquête FECOND montrent cependant une opposition majoritaire des gynécologues interrogé.e.s en 2010 à la prescription de pilules contraceptives par les sages-femmes⁴⁶⁹ et tou.te.s les prises de position défavorables manifestées par les praticien.ne.s français.es relèvent du groupe des "essentialistes".

Une troisième thématique évoquée au cours des entretiens permet d'explorer les positionnements professionnels vis-à-vis de la compétence contraceptive : les projets de démedicalisation, c'est-à-dire de prescription de pilule sur la base d'un questionnaire administré par des personnes non médecins. Cette thématique donne lieu à une opposition massive dans ce groupe, du fait notamment de l'incompétence des usagères, ou de leur malhonnêteté potentielle ("*les femmes, elles peuvent répondre ce qu'elles veulent*", Nadine H., gynécologue médicale, femme, 62 ans, FR), mais aussi parce que la prescription hormonale est une compétence avant tout médicale.

La protection du monopole médical, voire du monopole gynécologique, sur la prescription contraceptive peut être appréhendée du point de vue d'une défense à tendance corporatiste d'une légitimité professionnelle exclusive et de la protection des intérêts économiques des soignant.e.s. Mais elle relève également d'un système de représentations opposant l'expertise médicale à l'ignorance dangereuse des profanes, et où la compétence technique, exprimée à travers la description des complexités hormonales des différents dispositifs existants, détermine la domination des médecins sur le domaine contraceptif et

⁴⁶⁹ 58% des gynécologues interrogé.e.s s'y opposent, mais seulement 31% des médecins généralistes adoptent la même position. Concernant une éventuelle prescription de pilule par les infirmier.e.s, l'opposition des praticien.ne.s interrogé.e.s est plus massive : elle caractérise 86,7% des gynécologues et 77,5% des médecins généralistes.

légitime la médicalisation de ce domaine. La crise médiatique entourant les pilules de troisième et quatrième générations, survenue en décembre 2012, a d'ailleurs renforcé cette appréhension essentiellement technique, et sous l'angle du risque, de la contraception⁴⁷⁰, sans que les risques associés à la prise de contraceptifs hormonaux ne soient mis en balance avec les risques associés à n'importe quelle grossesse, ni avec les conséquences psychologiques potentiellement négatives de la survenue et de la poursuite d'une grossesse non désirée (Herd, Higgins, Sicinski et Merkurieva, 2016 ; Abajobir, Maravilla, Alati et Najman, 2016). Cette défense de la dimension médicale de la contraception et du savoir spécialisé détenu par les praticien.ne.s entre en contradiction avec les pratiques rapportées, qui contreviennent aux recommandations de bonnes pratiques.

L'hétérogénéité des pratiques de recommandations contraceptive, la restriction du panel proposé en fonction des caractéristiques perçues des usagères vont en effet à l'encontre du principe du libre choix informé prôné par les recommandations de bonnes pratiques : un choix éclairé nécessite la mise à disposition de l'ensemble des informations disponibles et l'absence de restriction hors contre-indications médicales majeures. Par ailleurs, les pratiques restrictives décrites par les praticien.ne.s de ce groupe, qu'il s'agisse du refus du DIU pour les femmes nullipares ou de la pilule pour les jeunes femmes fumeuses, s'appuient sur des représentations erronées des connaissances scientifiques disponibles. La pose de DIU aux femmes nullipares est recommandée depuis 2004 par la HAS, et le tabac ne représente une contre-indication à la prise d'une pilule contraceptive que pour les femmes âgées de plus de trente-cinq ans⁴⁷¹. Les logiques de prescription et de recommandation contraceptives de praticien.ne.s de ce groupe ne semblent donc pas s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques, mais sur une appréhension personnelle des bénéfices et avantages de chaque méthode, ainsi que des caractéristiques des usagères rencontrées.

Ce constat peut être prolongé par les analyses fondées sur les résultats de l'enquête FECOND, qui montrent l'importance des caractéristiques personnelles des praticien.ne.s dans la structuration du panel contraceptif qu'elles et ils proposent⁴⁷². La recommandation des

⁴⁷⁰ Mylène Rouzaud-Cornabas, "Shifting contraceptive policies in light of risk assessment and management. The French "Pill scare" case", 10th International Conference on Interpretive Policy Analysis, Science Po Lille, 8 juillet 2015

⁴⁷¹ ANAES, AFSSAPS, INPES, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*, HAS, 2004

⁴⁷² Cf. Annexe 10

méthodes semble par exemple fortement influencée par le fait que les praticien.ne.s ont eux-mêmes employé cette méthode dans leur pratique contraceptive personnelle⁴⁷³.

Tableau 4 : Rapport de chances relatives (odds-ratios) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire.

Méthode utilisée par les médecins avec leur partenaire	Pourcentage de médecins qui l'ont utilisée	Pourcentage de recommandation chez ceux qui l'ont utilisée	OR de recommandation	95 % IC
Pilule 3e génération	39 %	97 %	3,9***	[2,12;7,13]
Pilule 2e génération	72 %	95 %	2,0*	[1,14;3,40]
Pilule progestative	21 %	93 %	1,7	[0,81;3,52]
DIU cuivre	43 %	86 %	3,5***	[2,52;4,81]
DIU progestérone	22 %	84 %	1,7*	[1,11;2,45]
Implant	1,6 %	81 %	3,4	[0,97;12,1]
Anneau	6,1 %	87 %	5,1***	[2,38;10,8]
Préservatif masculin	59 %	84 %	1,8***	[1,35;2,52]
Préservatif féminin	1,7 %	29 %	2,1	[0,72;5,96]
Spermicides	16 %	54 %	3,2***	[2,25;4,47]
Retrait, méthodes "naturelles"	19 %	14,2 %	2,5***	[1,49;4,03]

* Significatif à 10 % ; ** Significatif à 5 % ; *** Significatif à 1 %

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet "médecins", INSERM-INED.

Lecture : La probabilité de recommander la pilule de 3^e génération plutôt que de ne pas le faire est 3,9 fois plus grande lorsque le médecin a déjà utilisé la méthode que lorsqu'il ne l'a jamais expérimentée.

Au-delà de l'influence de l'usage personnel d'une méthode en particulier, l'exploitation de ces données permet de mettre en évidence que plus les professionnel.le.s ont utilisé de méthodes, plus leurs recommandations sont diversifiées⁴⁷⁴. Ces résultats soulignent l'importante part des logiques profanes dans les pratiques rapportées par les professionnel.le.s

⁴⁷³ Les données sur l'usage contraceptif personnel étant incomplètes, plusieurs praticien.ne.s ayant refusé de répondre à cette question, nous n'avons pas pu appliquer cette hypothèse de recherche aux entretiens.

⁴⁷⁴ Un modèle de régression linéaire expliquant le nombre de méthodes recommandées par le nombre de méthodes utilisées, le sexe et la spécialité, nous montre de manière significative qu'il existe un effet propre du degré d'expérience personnelle des médecins en matière contraceptive sur sa diversité de recommandation. En effet, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de recommander une méthode supplémentaire augmente de 2 % à chaque fois que la ou le médecin a expérimenté une méthode supplémentaire au cours de sa carrière contraceptive. Cela signifie par exemple qu'un.e médecin – quels que soient son sexe et sa spécialité – qui a expérimenté six méthodes au cours de sa vie a 32 % de chances en plus qu'un.e médecin qui n'a connu qu'une seule méthode de recommander une méthode supplémentaire. Ces résultats sont significatifs au seuil de 1%. Cf. Annexe 10

français.es : l'expérience personnelle, les représentations individuelles de la sexualité, de l'âge et de la conjugalité, interviennent fortement dans la définition du panel contraceptif disponible, et s'opposent à des logiques professionnelles qui s'appuieraient sur les données scientifiques disponibles ou les recommandations cliniques.

Ces approches subjectives se révèlent problématiques du point de vue du choix, dans la mesure où aucun.e des praticien.ne.s de ce groupe ne propose un choix exhaustif aux usager.e.s, et que certaines méthodes sont mêmes explicitement refusées sous couvert d'arguments qui ne relèvent pas du domaine médical ou s'appuient sur des connaissances erronées. Dans le cas des méthodes masculines de contraception, peu favorisées par le contexte français, qu'il s'agisse du paiement à l'acte⁴⁷⁵ ou du contexte culturel nataliste⁴⁷⁶, le rôle des représentations personnelles apparaît encore plus prégnant.

c. Le rejet des méthodes masculines, entre réticences personnelles et normes de genre

Les méthodes masculines sont très peu recommandées dans ce groupe. Le préservatif n'est pas considéré comme une option contraceptive acceptable, sauf dans des cas très spécifiques et de manière marginale. La vasectomie n'est jamais évoquée parmi le panel à disposition, et seules deux praticiennes mentionnent une évocation en dernier recours. Cette très faible place des méthodes masculines se comprend d'une part à la lumière des spécificités contextuelles françaises évoquées en deuxième et troisième partie de ce travail : le paiement à l'acte tend à défavoriser ces deux méthodes, et le contexte culturel nataliste français marginalise la vasectomie, qui n'a bénéficié d'un encadrement légal qu'à partir de 2001. Tou.te.s les praticien.ne.s de ce groupe ont donc été formé.e.s à une époque où ce cadre légal restait indéfini. Les entretiens se déroulent cependant plus de onze ans après la loi de 2001. Cette faible place est donc également éclairée par la place importante accordée aux représentations des professionnel.le.s dans la recommandation contraceptive. Si les deux méthodes masculines ont la particularité de se situer aux deux extrémités du spectre des méthodes disponibles, mécanique et à l'acte d'une part, définitive d'autre part, la valorisation du choix des usager.e.s devrait impliquer une information sur ces méthodes quelles que soient les opinions des professionnel.le.s à leur égard. Mais des réticences personnelles vis-à-vis de la stérilisation, et particulièrement de la vasectomie, freinent leur évocation au cours de la

⁴⁷⁵ Cf. Chapitre 6 II. 1. c. Les conséquences pour la contraception

⁴⁷⁶ Cf. Chapitre 4 Des traditions politiques contrastées : les gouvernements britannique et français face aux pratiques contraceptives

consultation. De même, l'intégration du préservatif au panel des méthodes proposées se heurte à des représentations négatives de son efficacité et de son acceptabilité auprès de la population masculine.

○ *L'exclusion systématique de la vasectomie*

Le contexte médical français n'est pas particulièrement propice au recours à des méthodes de contraception définitives. Historiquement, ces méthodes ont souffert d'un manque de clarté du cadre juridique entourant leur utilisation, qui a majoritairement été interprété au sein de la profession médicale comme une interdiction formelle de prodiguer des opérations de stérilisation, même en l'absence de poursuites⁴⁷⁷. Un certain nombre de praticien.ne.s français.es, comme Samuel A. ou Émile S., restent marqué.e.s par des réticences vis-à-vis du caractère définitif de la stérilisation, qui s'expriment aussi bien pour la ligature des trompes que pour la vasectomie. Elles sont motivées notamment par l'idée qu'un désir de grossesse pourrait se manifester à l'avenir, même lorsque les usagères qui demandent une stérilisation disent être sûres de leur choix.

Ces réticences professionnelles vis-à-vis de toute forme de stérilisation ne sont cependant pas majoritaires. La stérilisation féminine est ainsi évoquée relativement facilement auprès de femmes ayant dépassé la quarantaine, ayant déjà eu des enfants et présentant des contre-indications, médicales ou préférentielles, aux autres méthodes contraceptives. Certain.e.s praticien.ne.s démontrent même une tendance à la proposer de manière assez insistante si l'on pense à l'exemple de Claudine D., la recommandant à une usagère envisageant d'avoir des enfants en se fondant sur son âge, ou encore à Bernard S., médecin généraliste, qui la préconise pour celles qu'il qualifie de "*pondeuse*" (Bernard S., médecin généraliste, homme, 64 ans, FR).

En revanche, l'ensemble des praticien.ne.s de ce groupe manifestent des réticences spécifiques vis-à-vis de la vasectomie, selon des logiques différentes en fonction de leur sexe.

Certains praticiens masculins expriment ainsi directement ou indirectement des réticences d'ordre personnel vis-à-vis de cette méthode. Le cas le plus emblématique est celui d'Olivier Q., médecin généraliste de 52 ans, qui pensait avant l'entretien que la vasectomie était illégale, et qui exprime de sérieux doutes quant à son acceptabilité potentielle au sein de la société et des couples, à partir de son ressenti personnel ("*ça me pose un problème pour moi-même donc j'aurais du mal à le proposer aux autres.*").

⁴⁷⁷ Cf. Chapitre 5 : Les médecins face aux enjeux de régulation de la fécondité : les exemples de l'avortement et de la stérilisation

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

Les réticences de Bernard S., médecin généraliste, et Samuel A., obstétricien, semblent plutôt guidées par une perception de risques rédhibitoires. Bernard S. a reçu une demande de vasectomie au cours de sa carrière et a dissuadé l'usager en lui rappelant *"les risques qu'il encourait"*. Samuel A. exclut cette méthode car les options féminines lui paraissent s'accompagner de moins d'effets secondaires.

Les praticiennes de ce groupe évoquent quant à elles des représentations genrées d'un autre ordre. Elles justifient l'absence d'évocation de cette méthode au cours des consultations de contraception par l'argument selon lequel il est impossible de confier la responsabilité contraceptive aux hommes. Elles sont à la fois convaincues que les hommes refuseront d'opter pour cette option contraceptive, et qu'elle ne présente pas de garanties suffisantes pour leurs partenaires féminines : *"Vous rencontrez quelqu'un, il vous dit : « J'ai fait une vasectomie ». Bon d'accord, mais comment vous vérifiez ? Vous le croyez sur parole ? Il va vous montrer son spermogramme où il y a... ? Enfin, je veux dire, ça ne tient pas la route."* (Danièle K., gynécologue médicale, femme, 55 ans, FR).

Une autre manière de laisser une place aux représentations de genre est d'envisager les méthodes contraceptives masculines et féminines comme relevant de domaines séparés. Danièle K. n'évoque pas la vasectomie en consultation car elle ne se sent pas concernée par une méthode qui ne *"fait pas partie des méthodes de contraception de la femme"*. Pour Claudine D., c'est l'absence des hommes en consultation de gynécologie qui motive cette exclusion : *"La vasectomie, pour la proposer, il faut que Monsieur soit là, et Monsieur, il n'est jamais là pour la contraception."* (Claudine D., gynécologue médicale, femme, 61 ans, FR).

Cette différenciation entre des méthodes féminines qui relèveraient de la gynécologie et des méthodes masculines qui en seraient exclues est particulièrement intéressante dans le cas français, où les filières d'accès à la contraception sont beaucoup plus féminisées qu'en Angleterre. Attendre la présence d'un homme en consultation de gynécologie médicale rend l'évocation de la vasectomie très improbable dans la mesure où il s'agit d'une spécialité destinée exclusivement aux femmes, à la différence de la médecine générale majoritairement prescriptrice de contraception en Angleterre. Par ailleurs, en Angleterre, la diffusion de la vasectomie est analysée par les professionnel.le.s comme passant par les usagères qui, informées de cette possibilité, en discutent avec leurs partenaires. Ce mode de diffusion n'est pas envisagé par les praticien.ne.s du groupe des "essentialistes", qui excluent la

responsabilité pédagogique d'information sur cette option contraceptive de leur champ de compétence et l'attribuent à des acteurs extérieurs.

Dans les discours de Nadine H., gynécologue médicale, le faible recours à la vasectomie dans la population française est ainsi imputé à un manque d'informations dont les médias seraient responsables. Dans le même ordre d'idées, la promotion de cette méthode relève, pour Samuel A., gynécologue obstétricien, de la responsabilité des urologues. Cette spécialité chirurgicale ne prend pourtant pas en charge de consultation préventive et n'est pas accessible directement pour les usager.e.s au sein du parcours de soins. Cet argument selon lequel il revient aux professionnel.le.s pratiquant le geste médical d'informer sur la vasectomie ne s'applique qu'à cette méthode : la recommandation du DIU par des professionnel.le.s qui ne le posent pas eux-mêmes ne semblent pas poser les mêmes difficultés. Les gynécologues de ce groupe ne s'attribuent donc pas de rôle pédagogique en dehors des méthodes qui leur paraissent relever de leur champ de compétences : les méthodes féminines.

L'absence de recommandation de la vasectomie au cours des consultations contraceptives est donc justifiée par un ensemble d'arguments soulignant des réticences personnelles masculines, et l'importance de représentations de genre dans l'appréhension professionnelle de cette méthode. L'autre méthode de contraception masculine disponible, le préservatif, fait aussi l'objet de réticences spécifiques de la part des praticien.ne.s de ce groupe.

○ *Recommander le préservatif : entre efficacité, sexualité et genre*

La caractérisation des pratiques et représentations relatives au préservatif est rendue complexe par sa double fonction, contraceptive et prophylactique. Si l'ensemble des praticien.ne.s rencontré.e.s encouragent le recours au préservatif en tant que méthode de protection contre les IST, ses fonctions contraceptives ne sont jamais plébiscitées par les professionnel.le.s du groupe des "essentialistes". L'argument principal de cette disqualification du préservatif en tant que contraception est son manque d'efficacité, ce qui peut être mis en relation avec son statut de méthode hors parcours contraceptif médicalisé : dans la mesure où il ne fait pas l'objet d'une prescription, ses utilisateur/ric.e.s sont probablement peu nombreux/ses à consulter lorsque cet usage se déroule sans problème. En revanche, un certain nombre de ces praticien.ne.s sont confronté.e.s à des demandes d'IVG du fait de grossesses non prévues dont l'origine est attribuée à des échecs dans l'utilisation du préservatif. Le sociologue et médecin Daniel Delanoë a ainsi décrit la manière dont la ménopause est perçue de manière plus pathologique qu'elle ne l'est en réalité, dans la mesure

où les professionnel.le.s ne voient que les femmes consultant pour des symptômes désagréables (Delanoë, 1998). L'évaluation de l'efficacité du préservatif pourrait ainsi souffrir d'un biais lié à son évocation limitée aux situations d'échec.

Cependant, le principe du choix contraceptif implique une information exhaustive sur les méthodes disponibles et les bénéfices et risques associés. Nous avons vu que dans le contexte britannique, si le préservatif n'est pas considéré comme une méthode aussi efficace que les autres, ce constat ne s'accompagne pas d'une disqualification, mais plutôt d'un conseil sur l'utilisation de cette méthode et sur l'emploi complémentaire de la contraception d'urgence en cas d'échec. La disqualification *a priori* du préservatif décrite par les praticien.ne.s de ce groupe relève donc d'une restriction du choix contraceptif du fait de leur appréhension personnelle des risques.

Les représentations de la sexualité, et celles relatives à l'âge des usagères, interviennent également dans l'appréhension du préservatif par ces professionnel.le.s. Nadine H. et Danièle K., gynécologues médicales, le recommandent ainsi *a minima* lorsque la sexualité des usagères est perçue comme "instable", du fait de leur âge, ou lorsque leur fertilité est jugée limitée par l'approche de la ménopause. La disqualification du préservatif s'appuie aussi sur un jugement personnel de l'impact potentiellement négatif de son usage sur la sexualité, souligné par deux praticiens masculins, Samuel A. et Olivier Q.

Les représentations de genre mobilisées pour exclure la vasectomie du panel proposé se retrouvent pour le préservatif. L'argument de l'absence des hommes en consultation est ainsi évoqué pour justifier le fait de ne pas le proposer, ainsi que l'idée selon laquelle les hommes sont trop réticents à utiliser des préservatifs pour le suggérer comme méthode contraceptive. Les négociations de couple que peut impliquer l'usage du préservatif sont également évoquées en Angleterre, mais les praticien.ne.s rencontré.e.s, au lieu de l'exclure, abordent le sujet directement avec les usager.e.s lorsque cette méthode est évoquée.

Les discours des professionnel.le.s de ce groupe décrivent des phénomènes de disqualification *a priori* de certaines méthodes contraceptives, pour des raisons qui relèvent des représentations personnelles des praticien.ne.s, soit vis-à-vis des méthodes et de leur efficacité, soit vis-à-vis des usager.e.s qui les consultent, dont la personnalité perçue, ou l'âge, constituent des critères de sélection des méthodes. Ces postures relèvent de dynamiques différentes en fonction de la formation : les deux médecins généralistes hommes de ce groupe

sont formés *a minima*, et présentent souvent les deux options qu'ils connaissent le mieux, c'est-à-dire la pilule et le DIU. Ce faible niveau de qualification ne permettrait pas de prendre en charge le suivi contraceptif des usager.e.s en Angleterre, dans la mesure où ce service fait l'objet d'un signalement aux autorités sanitaires, et que les procédures de contrôle de la formation produisent une évaluation en fonction de l'activité réelle des praticien.ne.s. Le contexte français autorise de plus une faible connaissance des recommandations qui dans le contexte du paiement à la performance britannique passerait difficilement inaperçue.

Pour les gynécologues médicaux et la médecin généraliste formée en contraception, il ne s'agit pas *a priori* d'un manque de connaissances des méthodes disponibles mais d'une disqualification de certaines contraceptions, sur la base d'aversion personnelle pour telle ou telle méthode ou de représentations sur la sexualité, les normes procréatives ou encore la personnalité des usagères. La place laissée aux représentations individuelles dans les pratiques de recommandation contraceptive souligne donc un manque important dans la formation des professionnel.le.s, même pour celles et ceux qui sont *a priori* spécialisé.e.s sur le plan technique : la notion de choix informé comme déterminant l'efficacité contraceptive n'est pas intégrée aux pratiques professionnelles, en dépit de son inscription dans les recommandations de bonnes pratiques. Certain.e.s praticien.ne.s tenant par ailleurs des propos qui soulignent la pénétration des slogans officiels, il est difficile de conclure à une ignorance totale de ce principe par les professionnel.le.s. Il apparaît plutôt qu'il s'agit de la persistance d'une posture paternaliste, avec ses fonctions d'organisation de l'interaction et de répartition des responsabilités entre professionnel.le.s et usager.e.s, qui est au cœur de ces pratiques médicales, et qui en l'absence d'encadrement institutionnel, peut pleinement s'exprimer.

En tout état de cause, la place des représentations subjectives des praticien.ne.s au sein de leurs pratiques de recommandation mène à l'exclusion quasi-systématique des deux formes de contraception masculine disponibles : qu'il s'agisse d'enjeux d'efficacité ou de représentations de genre, les opinions des professionnel.le.s ont pour conséquence une disqualification de ces méthodes. En comparaison avec les pratiques britanniques, ces attitudes professionnelles constituent donc un premier élément éclairant le faible recours à ces méthodes en France.

3. Des pratiques plus proches des recommandations dans le groupe constructiviste

Les pratiques de recommandation contraceptive des praticien.ne.s du groupe des "constructivistes" se distinguent fortement de celles du groupe des "essentialistes". Le panel de méthodes proposées aux usager.e.s apparaît plus large, et moins variable d'un.e

praticien.ne à l'autre. Les discours et représentations structurant ces pratiques éclairent ces différences en termes de posture professionnelle adoptée face aux enjeux du choix contraceptif, et face à la formation médicale en matière contraceptive. Les attitudes professionnelles dans ce groupe se rapprochent de celles des praticien.ne.s britanniques, notamment en termes de statut des usager.e.s. Cependant, un certain nombre de limites peuvent être constatées, tant du point de vue du rôle pédagogique qu'elles et ils s'attribuent dans l'interaction, que concernant une méthode qui demeure problématique, la vasectomie. Le cas de Damien M. constitue une exception supplémentaire qui est analysée à la fin de cette sous-partie.

a. Du choix à la pédagogie : une posture professionnelle d'accompagnement

Les praticien.ne.s du groupe constructiviste se positionnent en marge d'une posture médicale paternaliste qu'elles et ils attribuent à des médecins plus âgé.e.s ou plus traditionnel.le.s. Cette distance se manifeste particulièrement dans le domaine de la contraception, où la plupart des attitudes professionnelles rapportées en entretien relèvent d'une posture non-dirigiste d'accompagnement et de pédagogie.

o Le choix des usagères au centre de la consultation

La comparaison des récits de pratiques montre une plus grande ouverture vis-à-vis des différentes méthodes de contraception disponibles dans le groupe constructiviste que dans le groupe essentialiste. Cette ouverture s'inscrit dans une attitude de respect du choix des usager.e.s en matière contraceptive, qui implique une moindre opposition de principe vis-à-vis de certaines méthodes, mais surtout une posture professionnelle moins dirigiste en matière de prescription. Les praticien.ne.s de ce groupe décrivent leur approche du choix de la méthode comme dépendant essentiellement des préférences individuelles exprimées par les usager.e.s. Comme en Angleterre, le souci de ne pas imposer une méthode en particulier s'appuie sur une appréhension de l'efficacité contraceptive comme dépendant de l'adéquation de la méthode choisie avec les préférences de l'usager.e.

Cette posture non-dirigiste induit une plus grande acceptation des préférences individuelles, qui se traduit par une plus grande variété de méthodes jugées acceptables par les praticien.ne.s de ce groupe. Si une seule praticienne propose un choix véritablement exhaustif, les professionnel.le.s de ce groupe demeurent caractérisé.e.s par une ouverture vis-à-vis de la diversité des méthodes disponibles, avec seulement deux groupes de méthodes exclues systématiquement par une partie des médecins : les méthodes "naturelles" et les

méthodes définitives. Pour certaines professionnelles, comme Isabelle H., Dominique E., ou Pauline R., cette ouverture s'étend au choix de méthodes "naturelles" de contraception, en évoquant éventuellement des "*moyens de rattrapages en cas de loupé*" (Pauline R., médecin généraliste, femme, 36 ans, FR).

Les praticien.ne.s de ce groupe sont ainsi caractérisé.e.s par une posture valorisant la liberté de choix exercée par les usagères, et par une plus grande ouverture vis-à-vis de certaines méthodes exclues ou omises par les médecins du premier groupe. L'omission de certaines méthodes, notamment les moins connues dans le contexte français, revient en effet souvent à les exclure du panel offert aux usagères, si elles ne les connaissent pas par ailleurs. Pour les praticien.ne.s du groupe des "constructivistes", la notion de choix contraceptif ne se limite ainsi pas à une acceptation du recours à telle ou telle option contraceptive. La plupart envisagent leur rôle sous un angle pédagogique : il s'agit de faciliter un choix éclairé, à partir d'une information la plus complète possible sur le panel des méthodes disponibles.

○ *Le rôle pédagogique des prescripteur/rices*

Pour Pierre Z., médecin généraliste de 60 ans, la posture non-dirigiste se manifeste par une acceptation de toutes les demandes de contraception, mais il n'a pas de démarche volontariste particulière, qui viserait à exposer les différentes options disponibles. Cela s'explique peut-être par le fait que la contraception représente une faible part de son activité (environ 10%), ce qui est notamment la raison pour laquelle il ne pose pas lui-même les DIU et les implants, malgré sa compétence en la matière. Pour les autres praticien.ne.s de ce groupe en revanche, la valorisation du choix de la méthode passe par une information des usager.e.s sur les alternatives disponibles, même lorsque l'usagère demande d'emblée une pilule contraceptive.

Cette information peut, à l'instar des praticien.ne.s britanniques, s'appuyer sur des aides décisionnelles, qu'il s'agisse de supports documentaires ou d'objets. Isabelle H. et Hélène G. utilisent ainsi des paniers à l'intérieur desquels elles rassemblent des exemplaires de dispositifs intra-utérins, des implants, des plaquettes de pilules contraceptives et transmettent aux usager.e.s des informations écrites, comme le guide "*Choisir sa contraception*" édité par l'INPES⁴⁷⁸. Il s'agit ainsi de présenter un éventail large, même quand les praticien.ne.s ne posent pas eux-mêmes les méthodes long cours. Ces démarches pédagogiques appuyées sur

⁴⁷⁸Cf. Annexe 11

des supports écrits ou matériels sont cependant minoritaires et largement dépendantes d'initiatives individuelles, contrairement au contexte britannique.

La valorisation du choix des usagères suggère une posture professionnelle différente de celle adoptée par les professionnel.le.s français.es du premier groupe. Le fait de considérer que la décision d'opter pour telle ou telle méthode n'appartient pas au médecin mais à l'usager.e place les praticien.ne.s "constructivistes" dans une position moins asymétrique et moins dirigiste vis-à-vis des personnes qui les consultent.

○ *Une posture professionnelle d'accompagnement*

La prescription contraceptive est souvent considérée au sein de ce groupe comme une démarche d'accompagnement, qui ne relève pas de l'interaction médicale classique, et qui implique un certain retrait des prescripteur/rices. Les praticien.ne.s de ce groupe soulignent le décalage avec la posture habituelle de diagnostic nécessaire à cet accompagnement, soulignant que la contraception ne relève pas du domaine pathologique. Elles et ils condamnent des attitudes professionnelles traditionnelles jugées inadaptées, considérées comme "*des pratiques d'un autre temps*" (Aïda D., gynécologue médicale, femme, 33 ans, FR) :

"Le médecin, il gère pas la contraception. C'est la femme qui gère et on l'accompagne dans ce truc-là. [...] Et après, j'ai l'impression d'avoir des échos aussi de patientes qui étaient suivies par des gynécos, des vieux, soit des gynécos soit des médecins traitants, qui... Voilà : "Vous avez tel âge, c'est comme ça, je vous propose ça.". Enfin, elles n'avaient pas beaucoup de choix.[...] Le médecin qui a l'habitude ou qui se représente son métier comme un rôle de savant, et bien dans la contraception, ce n'est plus lui qui sait." (Pauline R., médecin généraliste, femme, 36 ans, FR).

On retrouve ici la distance prise avec des pratiques médicales paternalistes, caractéristique de ce profil de praticien.ne.s, qu'elle relève d'un ancrage générationnel ou d'une approche personnelle militante de l'activité médicale. Ces prises de position suggèrent que le respect du choix des usagères nécessite un changement de posture professionnelle et l'acceptation d'une relation moins asymétrique entre les soignant.e.s et les usager.e.s, qui peut même mener à une décision entièrement attribuée à l'usagère. Cette posture implique, comme le soulignent les discours britanniques sur la subjectivité des prescripteur/rices, que les professionnel.le.s aient conscience de leurs propres préjugés et préférences, afin de pouvoir minimiser leur impact sur le panel contraceptif proposé. Plusieurs praticien.ne.s évoquent ainsi des méthodes contraceptives vis-à-vis desquelles elles et ils ont des réticences, mais qui

sont tout de même présentées dans le cadre de la consultation, afin de garantir l'exercice du choix. Aïda D. est dubitative concernant les avantages de l'injection mais admet que cela permet d'agrandir l'éventail des options disponibles et l'évoque donc auprès des usagères. À propos de la stérilisation féminine, William Q., évoque à la fois des réticences personnelles et un devoir de proposition : "*je le proposerais parce qu'il faut le proposer*" (William Q., médecin généraliste, homme, 30 ans, FR).

Cette appréhension du choix contraceptif traduit une conscience du fait que l'efficacité contraceptive dépend de l'adéquation des méthodes aux préférences et au mode de vie des personnes concernées, comme l'indiquent les recommandations de bonnes pratiques. Les praticien.ne.s de ce groupe semblent de fait avoir une meilleure connaissance de la littérature scientifique et institutionnelle, ne serait-ce que par cette appréhension du choix et de la nécessité de proposer un panel large de méthodes. Elles et ils font parfois même directement référence aux recommandations et à leur apport dans leurs pratiques. Aïda D., gynécologue médicale hospitalière, évoque ainsi le travail que représente la mise à jour des connaissances, et l'apport de l'exercice hospitalier collectif. Contrairement aux processus de diffusion des connaissances et des recommandations automatisés au sein du NHS, elle souligne que "[Se tenir au courant de tout ce que la HAS sort], *c'est une démarche. Ça ne vous vient pas tout cuit dans la bouche. Donc il faut aller chercher les infos.*" (Aïda D., gynécologue médicale, femme, 33 ans, FR).

Pour certain.e.s médecins, notamment les généralistes, la connaissance des recommandations, et particulièrement de la nécessité de favoriser le choix contraceptif des usager.e.s, est liée à des expériences particulières dans leur parcours professionnel. Pierre Z. s'est intéressé de près aux contraceptifs au long cours et a organisé dans le cadre de ses enseignements de médecine générale des ateliers de pose de DIU et d'implants. William Q. évoque un stage effectué dans un centre d'interruption de grossesses au cours de son internat qui lui a permis de développer une approche plus approfondie des enjeux contraceptifs. Cette expérience compense le manque dans la formation décrit auparavant par William Q., ce qui laisse entendre que le respect des recommandations en matière de choix contraceptif dépend d'aptitudes et d'expériences personnelles dans le contexte français. Cette particularité renvoie aux différences qui caractérisent les contextes français et britannique en matière de contrôle de la formation et de l'application des recommandations de bonnes pratiques. La très grande variabilité des pratiques françaises illustre l'absence de standardisation des soins et s'inscrit ainsi dans la faible régulation des pratiques professionnelles médicales. Les conséquences de

l'absence de formation standardisée sur la contraception en médecine générale sont particulièrement visibles à travers l'analyse du discours de Damien M.

○ *Les limites de la posture en l'absence de formation : le cas de Damien M.*

Le cas de Damien M, médecin généraliste, illustre les limites de la posture professionnelle d'accompagnement au choix et de critique du paternalisme médical. Ce médecin s'inscrit dans la lignée des autres praticien.ne.s "constructivistes" par la promotion d'une médecine moins hiérarchique, organisée collectivement et par une plus grande facilité à admettre des doutes ou des manques de connaissance⁴⁷⁹. Cependant, à la différence des autres professionnel.le.s de ce groupe, Damien M. dit être peu formé sur la contraception, n'ayant jamais suivi d'enseignements spécifiques ni de stages en planification familiale. Son exercice en cabinet collectif lui a cependant apporté des connaissances par le biais d'une consœur plus formée, qui lui a fait découvrir l'anneau contraceptif. Une expérience personnelle aux Etats-Unis a également modifié sa perception de la vasectomie, qu'il recommande de temps en temps :

"J'en ai parlé à la patiente, qui en a reparlé à son mari, qui est venu me voir pour savoir de quoi il s'agissait. Parce que je trouve ça pas mal quand même de... moralement, simplement moralement, de... Les femmes se font suer pendant une vingtaine d'années, une vingtaine d'années ou une quinzaine d'années, à prendre des trucs sans que les mecs ne s'investissent du tout. [...] Je trouve que c'est un geste qui est sympa."

S'il propose plus de méthodes que les médecins généralistes du groupe essentialiste, cette attitude dépend largement d'expériences individuelles et non d'une formation institutionnelle. Cette connaissance des méthodes disponibles ne s'accompagne pas d'une maîtrise des principes censés guider la consultation contraceptive. Les pratiques de recommandation qu'il décrit sont dans l'ensemble marquées par une appréhension instinctive et subjective des différentes méthodes, et sont limitées par ses propres connaissances :

"Je ne fais pas d'inventaire. Je vais souvent à des choses que je connais, que je sais faire, sans aller dans des choses, pour moi plus exotiques."

Les méthodes avec lesquelles il est le moins à l'aise sont donc absentes du panel qu'il propose aux usager.e.s, ce qui illustre la dimension subjective de l'appréhension des méthodes. Par ailleurs, ses pratiques sont également différenciées en fonction de l'âge des usager.e.s. Il ne recommande par exemple pas le préservatif *"aux adultes qui par nature sont... enfin, c'est*

⁴⁷⁹ Cf. Chapitre 8, I. 2. c. Des médecins jeunes ou militant.e.s : une posture professionnelle atypique

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

idiot... seraient moins volages ou moins partenaires multiples." De même, la jeunesse des usagères le pousse à ne recommander que les pilules contraceptives : *"Je n'en sais rien, c'est tellement naturel pour moi de prescrire une contraception orale chez une jeune femme que je ne me pose peut-être pas assez la question d'autres modes de contraception."*

Les récits de pratiques de recommandation de Damien M. sont ainsi marqués par des logiques subjectives, qu'il s'agisse de son rapport personnel aux méthodes disponibles, ou de son appréhension de leurs indications concernant l'âge, la parité ou la sexualité perçue des usager.e.s. Ses connaissances techniques légèrement supérieures aux médecins généralistes du groupe des "essentialistes" demeurent éloignées d'une attitude guidée par les acquis de la science en matière psycho-sociale et notamment d'une connaissance des enjeux du choix contraceptif. En dépit d'une attitude professionnelle globale favorable à une plus grande autonomie des usager.e.s, le manque de formation systématique en contraception qui caractérise les médecins généralistes en France se manifeste dans le cas de Damien M. par des pratiques rapportées qui ne sont pas en mesure de garantir les conditions d'un choix contraceptif éclairé.

À l'exception des récits de pratique de Damien M., l'approche adoptée par les praticien.ne.s de ce groupe semble valoriser la proposition d'un panel contraceptif relativement large aux usagères, avec en arrière-plan la nécessité de faire correspondre au mieux la méthode avec les préférences et le mode de vie des personnes concernées. Cette perspective traduit une appréhension de la contraception comme une pratique avec des difficultés et des accidents de parcours inhérents. Les "constructivistes" se distinguent en ce sens fortement des "essentialistes", en considérant les échecs de contraception du point de vue des difficultés rencontrées par les femmes dans leurs pratiques contraceptives et en se positionnant en faveur d'une meilleure accessibilité.

b. Les difficultés de la contraception : échecs et accessibilité en question

Les praticien.ne.s du groupe constructiviste sont caractérisé.e.s par une réflexion sur les grossesses non prévues qui se distingue radicalement des discours sur la désinvolture ou l'ambivalence des femmes formulés dans le premier groupe. Elles sont perçues comme des événements relativement courants de la vie contraceptive des femmes, qui doivent être accompagnés, et qui peuvent donner lieu à une remise en question des pratiques professionnelles. La mise en avant de difficultés inhérentes aux parcours contraceptifs est

également liée à des positionnements en faveur d'une plus grande accessibilité de la contraception, notamment à travers l'ouverture du monopole prescriptif.

○ *Les échecs contraceptifs comme accidents de parcours*

Lorsqu'on interroge les praticien.ne.s de ce groupe sur les causes des grossesses non prévues, leurs réponses se situent dans le champ de l'adéquation des méthodes aux préférences individuelles ou simplement des difficultés que représente la contraception dans un quotidien qui peut se révéler mouvementé. Ces praticien.ne.s formulent des critiques vis-à-vis de ce qui est considéré comme des pratiques majoritaires, par exemple la suspicion d'une ambiguïté féminine face à la grossesse, ou encore la prescription systématique de pilule en cas de demande contraceptive, même lorsque cette méthode est inadaptée. Il semblerait donc que ces médecins ressentent leur exercice et leur perspective comme marginales au sein de la communauté professionnelle, sans que la démarche qualitative de mon enquête ne permette de vérifier cette hypothèse.

En tout état de cause, les praticien.ne.s de ce groupe évoquent spontanément le rôle des prescripteur/rice.s en cas d'échec contraceptif, qu'il s'agisse de condamner une imposition de méthode tenue pour responsable de l'échec, ou de revaloriser le rôle d'accompagnement, et l'opportunité de dialogue que ces événements représentent.

À l'inverse des praticien.ne.s du groupe essentialiste, la thématique des grossesses non prévues et des échecs de contraception n'est pas mobilisée comme un argument de disqualification des compétences contraceptives des usagères. Il s'agit plutôt d'évènements "*fréquents dans la vie génitale d'une femme*" (Hélène G., médecin généraliste, femme, 41 ans, FR), mais qui peuvent appeler une remise en question nécessaire des pratiques professionnelles. Le statut des usagères est ici celui d'individus autonomes à accompagner et dont il faut respecter les préférences, ce qui se distingue fortement des représentations des praticien.ne.s du premier groupe, et se rapproche des pratiques et représentations britanniques. Cette appréhension des échecs contraceptifs comme liés aux difficultés de la prise de contraceptifs nourrit des positionnements en faveur d'une plus grande accessibilité de la contraception. En effet, il s'agit de limiter les difficultés que les femmes peuvent rencontrer dans leurs parcours contraceptifs, et notamment celles liées à l'accès à la consultation.

Hélène G., médecin généraliste, prescrit par exemple systématiquement la contraception d'urgence aux usagères qui ont choisi une pilule hormonale, afin d'en faciliter le recours en cas d'oubli. Cette préoccupation pour l'accessibilité de la contraception se traduit également par une conscience des freins financiers au recours contraceptif. Pour Isabelle H., cela se

manifeste par une prescription moindre des méthodes qui ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie, même si elle les évoque dans le cadre du choix contraceptif, du fait d'une prise en compte des difficultés économiques potentielles des usager.e.s.

Par ailleurs, la nécessité d'assurer une continuité dans la prise contraceptive amène la majorité de ces praticien.ne.s à se positionner en faveur d'un aménagement du monopole prescriptif. Les praticien.ne.s de ce groupe montrent ainsi beaucoup moins d'hostilité vis-à-vis de la prise en charge du suivi contraceptif par les sages-femmes, estimées suffisamment formées pour assumer cette fonction. Pour certaines praticiennes (Isabelle H., Pauline R.), ce positionnement en faveur d'une plus grande accessibilité de la contraception dépasse la question de l'ouverture des droits de prescription et elles réagissent favorablement à l'hypothèse d'une démedicalisation des pilules contraceptives, à la condition, comme en Angleterre, que les personnes non-médicales accompagnant les usagères soient formées aux enjeux du choix contraceptif.

Cette prise de position à rebours de la majorité des discours professionnels⁴⁸⁰, en particulier dans le contexte de la crise médiatique entourant les pilules de 3e et 4e générations, s'inscrit notamment dans une critique des freins que peuvent représenter les modalités d'accès médicalisé à la contraception dans les parcours contraceptifs des usager.e.s, et particulièrement du rôle des spécialistes : "*Le renouvellement de contraception tous les six mois, enfin je veux dire, c'est quand même une belle façon de faire travailler le tiroir caisse, et surtout une belle façon d'emmerder les femmes. Alors qu'on peut faire des ordonnances pour un an. [...] Et le recours au spécialiste, c'est une embûche supplémentaire pour l'accès à la contraception.*" (Isabelle H., gynécologue obstétricienne, femme, 55 ans, FR).

Ces prises de position peuvent être éclairées par les opinions des praticien.ne.s de ce groupe sur le statut des médecins, perçu comme ne devant pas être hiérarchiquement supérieur à celui des autres corps de métier, et par leurs habitudes accrues de collaboration entre médecins mais aussi avec d'autres professions médicales. Le choix d'exercer à l'hôpital ou en centre de santé, voire pour Hélène G. de collaborer avec une sage-femme au sein de son cabinet, amène ces professionnel.le.s à une meilleure connaissance des autres professions médicales, et reconfigure les réticences statutaires à un partage des domaines d'expertise.

Les discours de ces praticien.ne.s démontrent une conscience des difficultés potentielles d'accès à la contraception absente des prises de position des praticien.ne.s du groupe essentialiste. Sur l'ensemble de ces thématiques, qu'il s'agisse du choix contraceptif, des

⁴⁸⁰ Cf. Chapitre 9, II. 1. b. Troubles dans l'expertise : pouvoir médical et compétences requises

échecs et des difficultés liées à l'observance, ou de la posture professionnelle, les praticien.ne.s "constructivistes" paraissent adopter un positionnement plus empathique et plus respectueux de la volonté des usagères. Ce positionnement global en faveur du choix des usager.e.s se manifeste cependant de manière moins unanime lorsque l'on aborde le cas des contraceptions masculines.

c. Des méthodes masculines difficiles à intégrer au choix contraceptif

Les attitudes des praticien.ne.s du groupe constructiviste vis-à-vis des méthodes masculines sont sensiblement différentes de celles adoptées par les professionnel.le.s du premier groupe. Elles et ils se montrent dans leur ensemble moins réfractaires à l'utilisation du préservatif et de la vasectomie, et ce positionnement s'inscrit dans leur démarche globale d'encouragement au choix. Cependant, si l'on considère l'ensemble des récits de pratiques de ce groupe, il s'agit plus souvent d'une acceptation des recours individuels à ces méthodes que d'une promotion en tant que telle du préservatif et particulièrement de la vasectomie.

o Le préservatif : une intégration timide au panel des méthodes contraceptives disponibles

Les attitudes vis-à-vis du préservatif varient au sein de ce groupe. Certain.e.s praticien.ne.s l'intègrent pleinement au panel de méthodes proposées, et le revendiquent, comme Dominique E., gynécologue, ou Isabelle H., obstétricienne. L'attitude des autres professionnel.le.s ne s'inscrit pas dans cette démarche de promotion active, mais le recours au préservatif, lorsqu'il est souhaité par les usagères rencontrées, est accepté. Il n'y a pas de disqualification de cette méthode en tant que telle, à l'exception d'Hélène G., qui l'exclut de son panier de présentation des méthodes en considérant qu'il ne s'agit pas d'une méthode "*durable [...] dans un couple*".

L'intégration du préservatif au panel de méthodes proposées se heurte ainsi à un écueil lié au statut de cette méthode, exclue du remboursement, accessible sans prescription et très fortement utilisée au début des relations (Rossier, Leridon et Cocon, 2004) : certains praticien.ne.s (Hélène G., William Q., Aïda D.) ont ainsi tendance à ne pas la proposer en considérant qu'il s'agit d'une méthode connue et que les usager.e.s qui les consultent sont *a priori* en demande d'une méthode alternative.

"Et je pense qu'inconsciemment, je me dis, voilà elles sont en couple depuis des siècles, elles n'ont pas forcément envie de remettre un préservatif qui va les emmerder. Enfin je pense que c'est totalement inconscient de ma part et c'est vrai que je dois me dire, voilà elles sont en

couple stable depuis 10 ans, 20 ans, 30 ans, et donc je ne pense pas au préservatif. Probablement à tort."(Aïda. D., gynécologue médicale, femme, 33 ans, FR).

Ce dernier extrait souligne une représentation du préservatif comme une méthode contraignante en comparaison avec les méthodes médicales. Si Aïda D. considère l'exclusion du préservatif comme une erreur potentielle dans le cadre des recommandations qu'elle prodigue, son attitude vis-à-vis de cette méthode souligne les conséquences de la médicalisation de la contraception en France et de la focalisation des prescripteur/ric.e.s sur des techniques de régulation de la fécondité théoriquement plus efficaces, mais qui peuvent ne pas correspondre aux usager.e.s. Le statut non-médical du préservatif contribue ainsi en France à le situer en dehors des méthodes maîtrisées par les professionnel.le.s qui, dans le groupe des "constructivistes", se bornent à accepter une utilisation choisie en dehors de leur accompagnement médical. Leur attitude se distingue cependant fortement de la disqualification technique et *a priori* du préservatif portée par les "essentialistes", l'exclusion du préservatif étant ici plus le résultat d'une omission que d'une réticence réelle.

○ *Le silence autour de la vasectomie*

Le cas de la vasectomie apparaît plus complexe que celui du préservatif. Aucune démarche de promotion, *via* l'inclusion au panel de méthodes proposées, n'est rapportée par les professionnel.le.s, à l'exception de Damien M., qui l'évoque de temps en temps, et d'Isabelle H., qui souligne l'importance de l'évoquer pour améliorer les connaissances des usagères mais admet oublier souvent de le mentionner. Isabelle H. exerce dans un centre d'orthogénie et est donc plutôt confrontée à une patientèle jeune, une caractéristique également évoquée par les praticien.ne.s britanniques pour justifier une absence de promotion active. Elle met cependant la vasectomie en avant dès lors qu'une stérilisation est envisagée, ce qui rappelle les attitudes britanniques. Au cours de l'entretien, elle évoque les difficultés institutionnelles d'une démarche de stérilisation masculine, qui représentent un frein au recours mais aussi à la recommandation :

"La stérilisation masculine, quand on en parle, ça passe, mais de facto, il n'y en a quasiment pas, et puis personne ne sait le faire surtout. Il y a très peu de gens qui ont développé... Moi je cherche des correspondants. Je n'ai qu'un seul correspondant pour la stérilisation masculine, et encore il le fait à la marge d'autres activités. Il y a très peu de gens qui s'intéressent vraiment à la stérilisation masculine. Ce qui est un vrai manque." (Isabelle H., gynécologue obstétricienne, femme, 55 ans, FR).

Les autres membres du groupe n'évoquent jamais spontanément cette alternative. Pour Hélène G., cela relève notamment d'un sentiment ambigu vis-à-vis de la stérilisation sous toutes ses formes, qu'elle attribue à la culture médicale et au fait que ce n'était "*pas légal*" quand elle a été formée en médecine. Cette référence à une culture médicale réticente est partagée par l'ensemble des praticien.ne.s de ce groupe, pour qui la vasectomie est "*quelque chose qu'on n'aborde pas du tout pendant nos études déjà, qu'on n'aborde pas du tout pendant notre formation pratique et comme c'est vrai que ce n'est pas dans les habitudes de prescription françaises...*" (Aïda D., gynécologue médicale, femme, 33 ans, FR). Elles et ils identifient le faible recours à la vasectomie comme découlant directement du silence institutionnel autour de cette méthode.

"Je pense que ce n'est pas dans la culture et après ce n'est pas proposé donc du coup... ça n'émerge pas. [...] Si un jour, on commence à nous en parler à la faculté et qu'après ça arrive, que les médecins sont formés à ça, qu'ils le proposent, à ce moment-là peut-être ça arrivera dans la société. Mais pour l'instant, je pense que ce n'est pas acquis, ni dans la société et c'est pas forcément proposé, même pour moi j'ai... la vasectomie, oui, j'en ai entendu parler quand j'étais au centre d'interruption de grossesse mais jamais avant. Quand on a abordé la contraception, pendant les cours, jamais je n'ai entendu parler de la vasectomie ou pas plus que deux mots." (William Q., médecin généraliste, homme, 30 ans, FR).

Cette conscience partagée de réticences institutionnelles vis-à-vis de la vasectomie ne se traduit pas par une attitude de compensation par la promotion de la méthode. Si leur appréhension du choix contraceptif l'associe à une démarche d'information et de promotion des méthodes féminines peu connues, cette initiative pédagogique ne se manifeste pas pour la vasectomie. William Q. conçoit par exemple très clairement son rôle pédagogique concernant les méthodes long cours, trop peu connues par les usager.e.s selon lui, mais il se contente d'une posture d'accueil vis-à-vis des demandes de vasectomie si elles se présentent à lui⁴⁸¹ et ne paraît pas considérer que l'information sur cette méthode relève de ce rôle pédagogique qu'il s'attribue par ailleurs. Les attitudes rapportées lorsque l'on interroge sur l'évocation de la vasectomie en consultation sont donc celles d'un oubli généralisé, que les praticien.ne.s évoquent cependant comme une faute potentielle de leur part.

⁴⁸¹ Ce praticien a 30 ans et se situe donc en début de carrière. Il n'a jamais reçu de demande de vasectomie au moment de l'entretien.

Quatrième partie : Représentations et pratiques professionnelles : du genre de la contraception au choix des usager.e.s

Contrairement aux professionnel.le.s du groupe essentialiste, les praticien.ne.s "constructivistes" ne cherchent néanmoins pas à dissuader les demandes lorsqu'elles émergent. Pierre Z., médecin généraliste de 60 ans, rapporte avoir accompagné, au cours de sa carrière, trois demandes de vasectomie, tout en précisant que deux de ces hommes étaient d'origine anglo-saxonne.

La vasectomie semble donc constituer une limite à la démarche de pédagogie généralement adoptée par les praticien.ne.s de ce groupe. Cette limite au soutien au choix contraceptif traduit le statut particulièrement défavorable de la vasectomie en France, qui est peu enseignée, et peu intégrée aux parcours contraceptifs traditionnels, qu'il s'agisse des soignant.e.s ou des campagnes de sensibilisation et d'information⁴⁸².

Les pratiques rapportées de recommandation des méthodes masculines dans ce groupe amènent à formuler deux constats : d'une part, un positionnement professionnel favorable au choix est plus propice à l'évocation des méthodes masculines ou à l'acceptation de leurs recours lorsque les usager.e.s en prennent l'initiative. On peut également s'interroger sur les liens possibles entre ces attitudes d'ouverture vis-à-vis des méthodes masculines et les positionnements des praticien.ne.s de ce groupe concernant l'implication des hommes en matière contraceptive. On pourrait ainsi formuler l'hypothèse qu'une posture moins dirigiste permet aux praticien.ne.s de constater l'existence de pratiques contraceptives masculines ou mixtes, et donc de ne pas considérer d'emblée qu'une prise en charge masculine est impossible, par opposition aux positionnements dogmatiques des praticien.ne.s "essentialistes".

D'autre part, en l'absence d'encadrement et de protocole établi, ce positionnement favorable au choix se révèle insuffisant en matière de méthodes masculines, puisqu'elles sont régulièrement oubliées, même en l'absence de réticence spécifique de la part des professionnel.le.s. Ces récits de pratiques soulignent ainsi les limites d'un positionnement ouvert au choix dans un environnement institutionnel qui ne se montre pas particulièrement favorable aux méthodes masculines et qui surtout, ne vient ni soutenir, ni encadrer des pratiques de recommandation contraceptive exhaustives.



⁴⁸² Cf. Chapitre 5 II. Des perspectives médicales opposées sur la stérilisation contraceptive

Les entretiens réalisés avec les professionnel.le.s en Angleterre et en France amènent à distinguer fortement les pratiques prescriptives dans les deux pays. En Angleterre, les discours des praticien.ne.s soulignent une adhésion généralisée au principe du choix contraceptif qui a plusieurs conséquences : elle implique d'une part un travail des soignant.e.s sur leurs propres représentations et réticences, encouragé par les formations qu'elles et ils ont suivies. D'autre part, le choix contraceptif est conçu comme dépendant d'une information exhaustive sur les méthodes disponibles, qui relève du rôle médical et s'appuie sur des protocoles et des dépliants institutionnels. L'encadrement de la formation médicale, des pratiques, via le paiement à la performance et la mise en place de protocole, encourage ainsi une standardisation des pratiques telles qu'elles sont rapportées par les praticien.ne.s et leur alignement sur les recommandations de bonnes pratiques. La vasectomie et le préservatif sont ainsi proposées au même titre que les autres méthodes disponibles, et ce malgré les réticences de certain.e.s professionnel.le.s vis-à-vis des méthodes barrières ou du recours à la stérilisation chez les usager.e.s les plus jeunes.

Les pratiques françaises analysées à travers les entretiens et les données de l'enquête FECOND soulignent au contraire la forte place des représentations des professionnel.le.s dans la structuration du panel de méthodes qu'elles et ils disent proposer aux usager.e.s. Au sein du groupe des "essentialistes", la sélection des méthodes jugées acceptables pour les usager.e.s s'appuie ainsi sur des représentations de genre, mais aussi sur des perceptions individuelles des méthodes, ou encore sur des représentations sur l'âge, la sexualité, le physique ou la maturité supposée des usager.e.s. Ces représentations jouent un rôle d'autant plus important dans les pratiques de ce groupe que ces praticien.ne.s adoptent une approche paternaliste du choix contraceptif, et s'attribuent une expertise décisive en dépit d'écarts importants constatés entre leurs récits de pratiques et les recommandations cliniques officielles. Dans le groupe des constructivistes, leur positionnement par rapport au choix se traduit par une posture d'accompagnement, moins dirigiste et par une attitude globalement plus favorable vis-à-vis du préservatif, qui n'est pas toujours promu en tant que tel, mais souvent accepté. La vasectomie est une limite à leur conception de leur rôle de pédagogie : malgré une conscience du rôle médical en la matière, elles et ils ne l'évoquent pas, ne la promeuvent pas, et apparaissent marqué.e.s par le silence de la formation et les réticences institutionnelles qui caractérisent cette méthode en France.

Conclusion :

De l'Angleterre à la France : une différence de posture professionnelle

La vasectomie et le préservatif apparaissent bénéficier de statuts très contrastés dans les représentations et récits de pratiques des prescripteur/rice.s de contraception en France et en Angleterre. D'une part, les représentations des professionnel.le.s français.es tendent à postuler soit une impossibilité biologique à l'implication masculine en matière contraceptive, soit des conséquences potentiellement néfastes pour les femmes. En Angleterre, les praticien.ne.s témoignent de représentations plus homogènes, appuyées sur les enseignements en sciences sociales dispensés au cours de leur formation médicale, et qui sont plus favorables à un investissement des hommes dans ce domaine. Leurs pratiques sont caractérisées par des discours encourageant une inclusion des hommes et leur responsabilisation pour les enjeux de santé sexuelle et reproductive. Les contrastes observés de part et d'autre de la Manche reflètent des spécificités institutionnelles, qu'il s'agisse de la formation des professionnel.le.s ou des orientations stratégiques des politiques sanitaires, la standardisation des pratiques et l'implication des professionnel.le.s dans les politiques de santé publique étant spécifiques au contexte britannique.

Par ailleurs, les différences contextuelles, historiques et institutionnelles qui caractérisent les systèmes de santé britannique et français ont des conséquences importantes en ce qui concerne l'impact des représentations professionnelles sur leurs pratiques. En France, du fait de la faiblesse de la régulation publique des pratiques médicales, ces dernières se révèlent hétérogènes, et perméables aux représentations et opinions personnelles des prescripteur/rices. Les praticien.ne.s revendiquant une perception essentialiste de la répartition des responsabilités contraceptives adoptent une posture professionnelle dirigiste en matière de choix contraceptif : convaincu.e.s que leur expertise représente un meilleur fondement à la décision contraceptive que les préférences des usager.e.s, elles et ils ne présentent qu'un panel restrictif de méthodes contraceptives, en fonction des méthodes jugées adaptées aux caractéristiques perçues des usager.e.s. Cette restriction du choix contraceptif se traduit systématiquement par une exclusion des méthodes masculines, sur la base d'arguments de genre, d'efficacité ou de réticences personnelles. Le groupe des praticien.ne.s constructivistes adopte une perspective plus souple du choix contraceptif, en proposant un plus grand nombre de méthodes et en affirmant la présence des préférences des usager.e.s. Leur ouverture et le

rôle pédagogique qu'elles et ils s'attribuent trouvent cependant une limite avec la question de la vasectomie : témoignant en ce sens du silence institutionnel entourant cette méthode dans le contexte français, elles et ils n'évoquent presque jamais spontanément cette option contraceptive auprès des usager.e.s qui les consultent. Cette variabilité des pratiques d'un groupe de praticien.ne.s à l'autre, et l'exclusion de certaines méthodes du panel contraceptif proposé aux usager.e.s sont la conséquence de la faible régulation des pratiques médicales françaises. En désaccord avec les recommandations cliniques, ces pratiques restreignent les possibilités de choix des usager.e.s français.es, et les rendent tributaires des praticien.ne.s consulté.e.s.

À l'inverse, les praticien.ne.s britanniques, du fait de leur haut degré de formation et de l'encadrement institutionnel de leurs pratiques, adoptent tou.te.s une attitude favorable à un choix éclairé des usager.e.s parmi un panel presque exhaustif de méthodes. La formation britannique semble ainsi préparer les professionnel.le.s à adopter une posture d'accompagnement non-dirigiste, qui favorise l'expression des préférences individuelles dans le cadre de la consultation. L'usage de supports pédagogiques limite l'impact de leurs représentations personnelles et les méthodes masculines sont systématiquement incluses au panel proposé.

Au-delà des différences que l'on peut constater d'un pays à l'autre en matière de représentations de genre, la distinction majeure entre les praticien.ne.s français.es et britanniques semble avant tout caractériser les postures médicales adoptées face aux usager.e.s et au choix contraceptif. Plus les professionnel.le.s sont formé.e.s et plus elles et ils acceptent de donner un statut décisionnel aux usager.e.s, plus le panel proposé est exhaustif et inclut donc les méthodes masculines. La posture professionnelle est influencée par les contextes institutionnels, et notamment l'autonomie médicale, mais aussi le degré de paternalisme jugé acceptable d'un pays à l'autre en fonction du statut accordé aux usager.e.s au sein du système de soins.

Les différences entre une posture dirigiste face au choix contraceptif et une posture d'accompagnement ont un impact sur le choix réel offert aux usager.e.s en matière de contraception, et elles paraissent même influencer les perceptions des praticien.ne.s. Une approche paternaliste et restrictive du choix ne permet pas aux demandes de contraception masculine d'émerger du fait d'une disqualification des méthodes disponibles. Les praticien.ne.s "essentialistes" français.es, du fait de leur adhésion à des représentations qui naturalisent des différences entre les femmes et les hommes, semblent aveugles aux éléments

d'implication masculine qui se manifestent en France, comme par exemple le fait que le préservatif est la troisième méthode contraceptive la plus utilisée, ou encore des formes de participation masculine repérées par les professionnel.le.s constructivistes du même pays. Les professionnel.le.s français.es qui donnent une large place au choix des usagères sont en effet assez proches des praticien.ne.s britanniques dans leur appréhension pragmatique d'éléments d'implication existants, que ce soit par l'aide à la prise de la pilule ou par l'utilisation de méthodes masculines. Il est peu probable que tou.te.s les professionnel.le.s français.es peu favorables au choix aient une patientèle systématiquement différente des autres sur ce plan, et il semblerait plutôt que c'est leur posture dirigiste et la place de leurs représentations personnelles dans leurs pratiques qui les rend aveugles à des phénomènes pourtant avérés (Desjeux, 2008 ; Le Guen, Ventola, Bohet, Moreau et Bajos, 2015).

Ce dernier point soulève la question de l'impact de l'encadrement institutionnel sur les représentations des professionnel.le.s. Les politiques de régulation des pratiques médicales britanniques n'ont pas été mises en place dans une perspective d'amélioration de l'égalité entre les femmes et les hommes en matière contraceptive. Elles répondent à des injonctions qualitatives et gestionnaires plus larges. Cependant, l'obligation de soumettre un choix réel aux usager.e.s en termes de contraception place les professionnel.le.s britanniques dans une posture d'écoute et de pragmatisme qui rend visible l'implication existante des hommes, et peut donc avoir un impact sur leur manière d'appréhender cette question.

Ces éléments permettent de resituer le caractère féminin de la contraception dans une histoire dynamique (Le Feuvre, 2003). La médicalisation de la contraception a pris des formes différentes d'un pays à l'autre, en fonction des représentations majoritaires de la régulation des naissances, mais aussi en fonction des philosophies médicales qui structurent les systèmes de soins. En Angleterre, les moindres réticences politiques et médicales vis-à-vis de la contraception, notamment définitive, et l'encouragement institutionnel à une posture respectueuse des préférences individuelles ont permis aux méthodes masculines d'être intégrées au champ contraceptif, et d'être choisies par des usager.e.s. Les limites posées à la normativité médicale ont permis à une plus grande diversité de pratiques contraceptives d'émerger, parmi lesquelles un partage plus mixte des responsabilités contraceptives. À l'inverse, les réticences politiques et médicales autour de la contraception en France, ainsi que la permanence d'une posture médicale paternaliste favorisent une appréhension restrictive de ce champ, et la domination de méthodes plébiscitées par les professionnel.le.s. Si certaines politiques sanitaires des deux dernières décennies témoignent de tentatives de faciliter le

recours contraceptif, par exemple en élargissant les droits de prescription aux sages-femmes, l'encadrement des pratiques et de la formation médicales reste très limité en France par rapport au contexte britannique. Récemment, la *loi de modernisation de notre système de santé* du 26 janvier 2016 fait de l'information sur l'ensemble des méthodes disponibles une obligation légale pour les prescripteur/ric.e.s⁴⁸³. Cette décision traduit la reconnaissance par le législateur d'une insuffisance dans les pratiques des professionnel.le.s, et de la nécessité d'y remédier par la clarification de leurs obligations légales (Mesnil, 2016). Mais en l'absence de mécanismes de régulation de l'activité médicale, il est probable que le respect de cette obligation ne concernera que celles et ceux qui montrent le plus d'intérêt pour ce domaine d'activité et ont déjà intégré les enjeux du choix contraceptif.

En tout état de cause, la comparaison des récits de pratiques dans les deux pays montre que les méthodes masculines sont proposées très différemment aux usager.e.s en Angleterre et en France. Outre-Manche, la valorisation du libre choix contraceptif cohabite avec des taux de recours importants aux méthodes masculines. Le recours à des méthodes contraceptives spécifiques dépend aussi de facteurs extérieurs à la consultation médicale (Bajos et Ferrand, 2002 ; Holland et Ramazanoglu, 2004 ; Beltzer et Bajos, 2008 ; Higgins et Smith, 2016), notamment la question des représentations individuelles qui n'est pas abordée dans cette recherche. Mais cette comparaison permet d'entrevoir le rôle des médecins dans l'information des usager.e.s et la mise à disposition des méthodes masculines, et mène au constat d'une réduction du champ des possibles et du souhaitable pour le public français.

⁴⁸³ L'article L5134-1 du Code de la santé publique précise désormais : "*Toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.*"

Conclusion générale

En France, les responsabilités contraceptives sont majoritairement assumées par les femmes, si l'on considère les méthodes les plus utilisées (Bajos et al., 2014). Cette prise en charge féminine est souvent comprise comme découlant logiquement de leur capacité gestationnelle et du fait qu'une grossesse a plus de conséquences pour les femmes que pour leurs partenaires masculins (Andro et Desgrées du Loû, 2009). Cependant, la comparaison de la structure des usages contraceptifs français avec la situation britannique souligne son caractère socialement construit et sa variabilité géographique. L'analyse des pratiques contraceptives sous l'angle du genre soulève ainsi des interrogations sur les processus menant à la construction sociale de modèles contraceptifs plus ou moins sexués. L'objectif de cette thèse était donc de chercher à comprendre ce qui, en France et en Angleterre, contribue à l'inclusion variable de méthodes masculines de contraception dans les pratiques de régulation de la fécondité. Pour ce faire, nous nous sommes intéressée au contexte institutionnel du choix contraceptif. Cette perspective est justifiée par le double encadrement normatif des pratiques contraceptives. D'une part, les méthodes de régulation de la fécondité font l'objet d'un encadrement légal spécifique à chaque pays, qui reflète les représentations politiques nationales des droits reproductifs individuels. D'autre part, la médicalisation de la contraception positionne la profession médicale comme acteur normatif central dans les parcours d'accès à la contraception. La comparaison des spécificités institutionnelles de chaque pays permet ainsi de resituer les usages contraceptifs dans des contextes normatifs qui définissent le champ des possibles et du souhaitable pour les usager.e.s.

1. Politiques gouvernementales et encadrement des pratiques médicales : des approches nationales spécifiques de la contraception médicalisée

La comparaison historique des politiques publiques en matière contraceptive souligne l'influence de représentations de la régulation des naissances nationalement situées. La domination pérenne d'une conception nataliste en France métropolitaine s'est ainsi traduite par des mesures législatives qui ont d'abord interdit l'information sur les méthodes contraceptives et le recours à l'avortement, avant de progressivement libéraliser l'accès des individus à l'autonomie procréative. En dépit de cette libéralisation, la prégnance de la perspective nataliste se manifeste par un certain nombre d'héritages, et notamment l'encadrement tardif des méthodes définitives et l'absence de promotion institutionnelle de la

Conclusion générale

stérilisation comme choix contraceptif possible. Cette spécificité française est particulièrement saillante dans le cadre d'une comparaison avec l'Angleterre. En effet, si des arguments natalistes ont pu émerger outre-Manche, notamment dans les années suivant la Seconde Guerre mondiale (Leathard, 1980), ils n'ont jamais dominé le débat politique sur la régulation des naissances. Ils ont notamment été largement concurrencés par une approche eugéniste de la fécondité. Si le mouvement eugéniste n'a rencontré qu'un succès limité concernant l'obtention des mesures législatives qu'il défendait (Soloway, 1990), son influence est manifeste dans l'appréhension des dynamiques démographiques en termes de classes sociales, et la perception de la fécondité des classes populaires comme un danger pour l'avenir de la nation. La diffusion d'informations et de méthodes de contraception a ainsi été autorisée dès les années 1930 en Angleterre, notamment pour améliorer la santé des mères et de leurs enfants. En ce qui concerne les méthodes de stérilisation, et particulièrement la vasectomie, la transformation du discours eugéniste dans les années 1950 a favorisé leur promotion comme une solution à un risque de surpopulation mondiale, mais aussi nationale. La faiblesse des argumentaires natalistes et la mobilisation des responsables politiques, comme de la profession médicale, autour de cette menace de surpopulation se sont traduites par des politiques d'encouragement au recours contraceptif, *via* des campagnes de sensibilisation, mais aussi des mesures de gratuité et de promotion à domicile, que le gouvernement français a pendant un temps réservé aux territoires et départements d'outre-mer (Gautier, 1988). La comparaison historique permet ainsi d'éclairer les statuts différents accordés à la stérilisation en France et en Angleterre, et le faible recours à la vasectomie dans l'Hexagone. Elle souligne également des attitudes gouvernementales contrastées vis-à-vis de la régulation des naissances, et par extension concernant l'autonomie procréative des individus. Elle met enfin en lumière le rôle joué par les professionnel.le.s de santé de part et d'autre de la Manche. Les exemples de l'avortement et de la vasectomie montrent l'attitude libérale de la majorité de la profession médicale anglaise concernant l'autonomie décisionnelle des individus, quand les réticences des médecins français.es vis-à-vis d'un accès inconditionnel à ces méthodes de régulation de la fécondité reflètent à la fois l'influence du natalisme et une approche plus paternaliste de l'encadrement médical des choix reproductifs.

Cette opposition entre des attitudes professionnelles d'une part libérales, ou non-directives, et, d'autre part, paternalistes renvoie à des spécificités nationales en matière d'identité professionnelle des soignant.e.s. La comparaison institutionnelle des systèmes de santé anglais et français et de leurs histoires souligne l'influence de conceptions différentes de la médecine et de son financement public. À la défense d'une médecine libérale et autonome

Conclusion générale

vis-à-vis des autorités publiques en France s'oppose la mise en place progressive d'un service public de santé britannique, au sein duquel les soignant.e.s sont soumis.es à des contrôles et des obligations fortes. Le statut des praticien.ne.s au sein du National Health Service implique une dimension de service et une obligation de rendre des comptes aux contribuables ; à l'inverse, les médecins français.es installé.e.s en libéral jouissent d'une autonomie importante, qu'il s'agisse de leur mode de rémunération, de leur formation continue ou de leurs pratiques cliniques. Issues d'histoires politiques spécifiques à chaque pays, ces cultures institutionnelles ont un impact fort sur l'organisation des systèmes de santé, et particulièrement l'encadrement de la formation médicale et des pratiques. Si elles ne sont pas nécessairement réductibles au domaine de la contraception, ces spécificités s'y traduisent par des modalités d'accès différentes pour les usager.e.s. Le système du paiement à l'acte choisi en France peut induire des biais dans la manière dont les professionnel.le.s appréhendent le panel des méthodes disponibles, car elles représentent des niveaux de rémunération variables. La faiblesse de la régulation publique de la formation et du respect des recommandations de bonnes pratiques autorise de plus d'importantes variations d'un.e praticien.ne à l'autre et ne garantit pas aux usager.e.s l'accès à des professionnel.le.s formé.e.s en contraception. Le système britannique prévoit au contraire plusieurs niveaux de contrôle pour les praticien.ne.s prenant en charge la contraception : ces dernier.e.s doivent être formé.e.s et appliquer les recommandations de bonnes pratiques, qui préconisent notamment d'informer les usager.e.s de manière exhaustive et de respecter leurs préférences.

En définitive, lorsque l'on compare les récits de pratiques des praticien.ne.s des deux pays, ces différents degrés d'encadrement des pratiques semblent être le principal élément de différenciation entre les deux systèmes. En Angleterre, les obligations en matière de formation des professionnel.le.s se manifestent dans l'homogénéité de leurs approches du choix contraceptif et dans leur correspondance avec les recommandations de bonnes pratiques. L'encadrement des pratiques, notamment *via* le recours à des supports d'aide à la décision, favorise leur standardisation et limite l'impact des représentations que les soignant.e.s ont des méthodes de contraception disponibles ou des compétences des usager.e.s. En France, au contraire, les discours sont plus hétérogènes, qu'il s'agisse des représentations genrées des responsabilités contraceptives, des attitudes vis-à-vis des méthodes masculines ou encore du choix contraceptif. En l'absence de mécanisme de régulation des pratiques et du niveau de formation des prescripteur/rice.s, certain.e.s médecins adoptent une approche dirigiste de la consultation contraceptive en contradiction avec les recommandations de bonnes pratiques et mobilisent des représentations essentialistes pour

Conclusion générale

justifier l'exclusion des méthodes masculines du panel contraceptif proposé aux usager.e.s. Les praticien.ne.s qui choisissent d'adopter, du fait de leurs formations ou de leurs parcours professionnels, une attitude plus favorable au choix informé des usager.e.s demeurent, par ailleurs, peu nombreux/ses à intégrer la vasectomie aux méthodes recommandées aux usager.e.s. Les récits de pratiques en France suggèrent qu'une très grande majorité de praticien.ne.s n'évoque jamais cette possibilité contraceptive auprès des usager.e.s, et que le préservatif n'est pas non plus considéré comme une méthode contraceptive acceptable par plus d'un.e praticien.ne sur deux, ce qui contribue également à éclairer le moindre recours à ces méthodes en France.

La distinction principale qui émerge de la comparaison des deux systèmes de santé est d'ordre organisationnel : les représentations de genre des praticien.ne.s semblent avoir un impact sur leur appréhension des méthodes masculines, mais elles ne se traduisent par une exclusion de ces méthodes que lorsque le système le permet. En d'autres termes, c'est avant tout le degré d'encadrement des pratiques médicales qui fait varier la largesse du panel proposé d'un pays à l'autre. Si notre hypothèse de recherche première était une interrogation sur la construction de rôles de genre en matière contraceptive, notre résultat principal renvoie donc à des distinctions institutionnelles relatives à la marge de manœuvre laissée aux praticien.ne.s par rapport aux recommandations de bonnes pratiques. Ce résultat amène à considérer l'apport de ce travail de recherche pour les sciences sociales sous l'angle de la combinaison de l'approche de genre et de la sociologie institutionnelle.

2. De l'approche de genre à la sociologie de l'institution : l'apport de perspectives croisées

Cette thèse contribue à démontrer l'intérêt d'appliquer l'approche de genre de manière transversale en sciences sociales. Si elle contribue aux recherches sur le genre et sur l'institution médicale, elle peut également éclairer les apports mutuels de ces approches.

o Une approche dynamique des inégalités sexuées

En proposant une analyse de la construction de pratiques genrées en matière contraceptive, les résultats de ce travail constituent deux apports principaux pour les études de genre : ils illustrent d'une part, l'intérêt de prendre en compte le rôle des hommes en matière contraceptive, et d'autre part, les apports du croisement de l'approche de genre et de la sociologie institutionnelle.

Cette thèse interroge une dimension du rôle social attribué aux femmes en matière contraceptive qui a été relativement ignorée par les études de genre. En effet, si l'accès à la

Conclusion générale

contraception et à l'avortement a été étudié de manière extensive, les travaux sur ces thématiques se focalisent généralement sur les femmes : les études historiques ont pour objectif de resituer les enjeux de maîtrise de la fécondité dans le cadre des mobilisations féministes qui ont permis leur libéralisation. La contraception est également mise en avant comme le moyen d'une autonomie corporelle inédite pour les femmes, et comme condition de leur émancipation sociale (Héritier, 1996). Une partie de la recherche sur cette thématique se concentre sur les difficultés d'accès à la contraception comme obstacles à une plus grande autonomie des femmes. Plus généralement, le fait que les conséquences des grossesses incombent plus lourdement aux femmes qu'aux hommes, du fait du rôle social de mère qui leur est attribué, tend à associer durablement la contraception à la maternité, et ne remet donc pas en cause la gestion de la régulation de la fécondité par les femmes.

En interrogeant la féminisation des responsabilités contraceptives, nous avons resitué ce rôle de genre dans une perspective dynamique, en considérant donc qu'il aurait pu en être autrement (Le Feuvre, 2003). Cette perspective permet d'une part de souligner le caractère historiquement variable du genre de la contraception, et de déconstruire son association avec la gestation, qui si elle est récente, se trouve renforcée par son apparente logique "naturelle". Ce faisant, notre approche de genre cherche à intégrer les hommes à l'équation de ce système binaire ; pour chaque rôle social attribué aux femmes, nous considérons qu'il existe une équivalence inversée, construite socialement aussi, pour les hommes. En d'autres termes, tout comme la socialisation des femmes contribue à les responsabiliser en matière contraceptive, mais aussi parentale, un ensemble de processus d'apprentissages destinés aux hommes participent à leur déresponsabilisation dans ces domaines. Notre approche propose ainsi de considérer conjointement les apprentissages de genre des femmes et des hommes, afin de réinscrire les rôles qui leur sont attribués de manière différenciée dans un ensemble de normes sociales qui fait système.

Deuxièmement, notre intérêt pour le processus de féminisation de la contraception nous a amené à considérer un ensemble de facteurs institutionnels et politiques. De fait, ce processus est lié à la médicalisation des pratiques de régulation de la fécondité. Qu'il s'agisse de la légitimation du *birth control* par son association à la défense de la santé des mères dans l'Angleterre des années 1930, ou de la valorisation de la planification familiale comme moyen d'éviter des avortements dangereux en France dans les années 1950 et 1960, la promotion de la contraception comme outil de santé des femmes a fortement contribué à son acceptabilité sociale. Cette conception sanitaire a également favorisé un compromis politique en confiant le contrôle de l'accès aux techniques anticonceptionnelles à la profession médicale (Ferrand-

Conclusion générale

Picard, 1982). Mais elle a eu pour conséquence que la prévention des grossesses non désirées incombe désormais aux femmes, assistées par les médecins, et sans leurs partenaires. Les difficultés rencontrées par les premières cliniques de *birth control* en Angleterre, focalisées sur des patientèles féminines alors que la majorité de la population recourait à des méthodes masculines de contraception (Glass, 1966), témoignent du fait que cette conception d'une gestion féminine de la fécondité ne s'est pas imposée d'emblée. Elle s'est appuyée sur un ensemble de configurations institutionnelles, médicales et techniques particulières, de la disponibilité des méthodes contraceptives à l'organisation de l'offre médicale dans chaque pays.

Ce travail de thèse amène ainsi à resituer la construction des inégalités sexuées au sein de pratiques et d'usages institutionnels dont le lien avec les rôles de genre n'est pas évident. La promotion historique de la vasectomie comme moyen de lutter contre la surpopulation, et plus récemment l'encadrement des pratiques médicales au sein du NHS, ne sont pas des politiques publiques visant explicitement une plus grande égalité entre les femmes et les hommes en matière de responsabilité contraceptive. La régulation publique de l'activité médicale répond par exemple à des exigences publiques de standardisation, liées à la fois au statut de service public du NHS, qui implique d'offrir les mêmes garanties à l'ensemble des usager.e.s, et à un contrôle de la qualité des soins qui relève autant des logiques du nouveau management public que d'une remise en cause de l'autorégulation professionnelle suite à des scandales sanitaires. Pensés pour garantir la qualité et la sécurité des soins, ces mécanismes de régulation n'en ont pas moins une influence importante sur la sexuation des usages contraceptifs, dans la mesure où ils systématisent la proposition des méthodes masculines et favorisent le respect des préférences des usager.e.s.

Le croisement de l'approche de genre et de la sociologie institutionnelle amène dans le cadre de ce travail à prendre en considération, au-delà de la question des représentations de genre, les configurations institutionnelles qui favorisent des pratiques plus ou moins égalitaires. Ces résultats soulignent l'intérêt d'appréhender les inégalités sexuées dans une perspective dynamique et notamment les rôles que peuvent jouer des dispositifs institutionnels dans la recomposition ou la permanence d'usages sexués, et donnent des éléments pour identifier ceux qui sont favorables à la réduction des inégalités.

○ Appréhender les rapports de pouvoir au sein de l'institution

Deuxièmement, ce travail contribue à la compréhension des systèmes de santé, dans une perspective de sociologie institutionnelle et des professions. Il permet d'améliorer la

Conclusion générale

compréhension des spécificités de chaque système de santé en rappelant les processus historiques de leurs mises en place, et les négociations qui ont guidé leurs évolutions, en s'intéressant notamment aux marges de manœuvre accordées à chaque type d'acteur qui les compose, des autorités publiques aux professionnel.le.s, en passant par les usager.e.s. Nos résultats apportent des nuances par rapport au diagnostic posé par Eliot Freidson en 1984 concernant l'autonomie des médecins (Freidson, 1984). Si Freidson attribuait des degrés d'autonomie comparables aux professions médicales françaises et britannique, la réactualisation de la comparaison souligne au contraire que l'activité médicale s'organise dans des référentiels différents de part et d'autre de la Manche, le service public de santé national britannique et ses mécanismes de régulation se distinguant fortement de l'organisation libérale des soins primaires en France.

La perspective théorique adoptée au sein de ce travail de thèse permet de mettre en exergue l'apport que constitue la combinaison de la sociologie institutionnelle à l'approche de genre. Cette dernière encourage la prise en compte des rapports de pouvoir (Scott, 1988), non seulement entre les acteurs du système de santé (autorités finançant les soins et professionnel.le.s les dispensant), mais en intégrant les usager.e.s, et ce d'autant plus que l'offre contraceptive s'adresse majoritairement à un public féminin. L'approche de genre invite ainsi à considérer les différences organisationnelles constatées dans le cadre de cette comparaison du point de vue de leurs effets sur l'asymétrie de pouvoir de la consultation contraceptive.

La contraception comme objet d'étude se révèle particulièrement propice à la mise en lumière des rapports de pouvoir au sein de la consultation (Ruault, 2015), dans la mesure où ce type de prescription est censé s'adapter aux préférences individuelles : sur le plan clinique, l'efficacité d'une contraception dépendant de son adéquation avec le mode de vie des usager.e.s, les prescripteur/ric.e.s n'ont pas de légitimité scientifique à proscrire ou encourager des méthodes spécifiques, et leur rôle doit, selon les recommandations de bonnes pratiques, se borner à laisser choisir. La consultation contraceptive implique donc un réaménagement particulièrement important des relations traditionnellement hiérarchiques entre soignant.e.s et usager.e.s.

Cette approche en termes de rapports de pouvoir permet de dégager un élément de distinction spécifique entre les deux systèmes de santé : si le NHS prévoit des mécanismes de protection de l'autonomie décisionnelle des usager.e.s, le système français semble au contraire apporter des garanties à l'autonomie des professionnel.le.s. Ainsi, la comparaison du cadre institutionnel et politique entourant la prescription contraceptive en France et en

Conclusion générale

Angleterre donne à voir des différences importantes dans la protection conférée à l'autonomie décisionnelle des individus par les pouvoirs publics et les organisations sanitaires.

Cette comparaison institutionnelle peut ainsi également enrichir la compréhension des processus de mise en œuvre des politiques publiques (Muller, 2011), et notamment des phénomènes de résistance des acteurs aux normes qui sont censées régir leur activité (Lemieux, 2002 ; Ientile-Yalenios, 2014). Les praticien.ne.s britanniques et français.es adoptent des attitudes contrastées vis-à-vis des mêmes normes sanitaires. En Angleterre, les mécanismes de régulation de l'activité médicale, mais aussi l'acceptation par les médecins du pilotage public de leur activité, assurent une application des recommandations cliniques. Au contraire, les résistances françaises aux recommandations de bonnes pratiques s'inscrivent dans une conception de la médecine protectrice de l'autonomie professionnelle face aux tentatives de régulation des autorités publiques mais aussi face à l'information et à l'autonomie décisionnelle des usager.e.s. Cette comparaison contribue ainsi à l'analyse des politiques publiques sous l'angle des représentations professionnelles et des rapports de pouvoirs propres à chaque pays permettant d'éclairer une adhérence différenciée à des normes pourtant convergentes.

En tout état de cause, la comparaison des deux pays souligne des tendances structurelles qui permettent d'éclairer des différences d'usages contraceptifs sous l'angle de l'autonomie décisionnelle accordée aux individus, par l'État (accessibilité légale et matérielle des différentes méthodes) et par les professionnel.le.s médicaux (attitude paternaliste ou non-dirigiste). En d'autres termes, le fort recours aux méthodes masculines en Angleterre semble être avant tout lié à la plus grande accessibilité et acceptabilité de ces techniques, par rapport au contexte français.

3. Le genre de la contraception face à l'autonomie des usager.e.s

La question du lien entre l'autonomie décisionnelle des usager.e.s et la division sexuée des responsabilités contraceptives demeure. En Angleterre, nos résultats suggèrent que l'intégration des méthodes masculines au panel contraceptif proposé par les professionnel.le.s de santé favorise le recours à ces techniques. Mais les logiques individuelles et de couples qui structurent le fait d'opter pour des méthodes masculines constituent l'angle mort de notre analyse, qui s'est focalisée sur le contexte politique et institutionnel du choix contraceptif. Des analyses supplémentaires permettraient de voir comment les représentations des usager.e.s interagissent avec les normes transmises par les praticien.ne.s et de comprendre les logiques qui aboutissent au choix ou au rejet d'une prise en charge masculine de la régulation

Conclusion générale

de la fécondité, qu'il s'agisse des enjeux financiers (Bajos et al., 2004), relationnels (Desjeux, 2008 ; Beltzer et Bajos, 2008), médicaux ou des conceptions de la famille (Charton et Lapiere-Adamcyk, 2008) et des rôles de genre (Memmi et Desgrées du Loû, 2015). À titre d'exemple, les récits de pratiques des praticien.ne.s britanniques suggèrent que le recours à la vasectomie s'insère dans les normes de masculinité régissant la figure du père de famille assumant des responsabilités vis-à-vis de sa partenaire comme de ses enfants. Nelly Oudshoorn avait également montré comment les essais cliniques d'une contraception masculine hormonale ont été promus sous l'angle d'une implication "pionnière" et "aventureuse", correspondant à certaines représentations de la masculinité, ce qui illustre le caractère dynamique des représentations des rôles de genre et la diversité des logiques de sexualisation des pratiques contraceptives (Oudshoorn, 2003). Si ce travail de thèse caractérise le cadre normatif, politique et institutionnel du choix contraceptif, il ne permet pas d'appréhender la manière dont les usager.e.s se saisissent de ce champ des possibles et du souhaitable, se l'approprient ou au contraire revendiquent le droit à des options alternatives.

Notre analyse se limite également à des récits de pratiques par les professionnel.le.s : comprendre ce qui se joue dans l'interaction entre les prescripteur/rice.s et les usager.e.s nécessiterait une méthodologie d'observation des consultations, afin de prendre en compte les éventuelles variations dans la délivrance de l'information, les stratégies de négociations et de persuasion qui peuvent s'y déployer, et les différentes manières d'atteindre ou non une décision partagée. L'observation des consultations permettrait également de développer une approche intersectionnelle de l'interaction médicale entourant le choix contraceptif et d'intégrer les dimensions de classe et de "race" qui ne sont évoquées que très partiellement dans les récits de pratiques recueillis, mais apparaissent structurer les logiques professionnelles de recommandation contraceptive et d'accès au choix (Bretin, 1992 ; Bretin et Kotobi, 2016).

En tout état de cause, la rareté de l'évocation des méthodes masculines au cours des consultations décrite par les praticien.ne.s français.es constitue un défaut d'information manifeste, qui contribue à éclairer le faible recours à ces méthodes en France et l'impensé d'une prise en charge masculine de la régulation des naissances. Dans ces conditions, la décision contraceptive est prise dans un cadre normatif restrictif du point de vue du genre. Bien que l'information exhaustive soit désormais une obligation professionnelle précisée par

Conclusion générale

la loi⁴⁸⁴, les pratiques des prescripteur/ric.e.s sont peu susceptibles d'évoluer sous cette impulsion législative. En l'absence de mécanisme de contrôle du respect de la loi, cette obligation ne serait contraignante que dans le cadre d'actions en justice de particulier.e.s portant plainte contre leur médecin pour défaut d'information. La jurisprudence actuelle ne reconnaît le manquement à l'obligation d'information que lorsque le risque qui aurait pu être évité grâce à cette information s'est réalisé⁴⁸⁵. Concernant le choix contraceptif, le risque en question serait probablement une grossesse non désirée, ce qui n'est pas considéré comme un préjudice par les juges français.es (Latham, 2002). Dans ce contexte, les praticien.ne.s convaincu.e.s du bien-fondé d'une approche paternaliste du choix contraceptif peuvent ignorer cette évolution législative, comme elles et ils mettent à distance les recommandations de bonnes pratiques, sans que leurs obligations ne leur soient rappelées.

Plusieurs éléments permettent cependant d'envisager une évolution des pratiques vers une meilleure prise en compte de l'autonomie décisionnelle des usager.e.s en France. D'une part, notre analyse met en évidence une tendance générationnelle au rejet de pratiques médicales jugées paternalistes chez les praticien.ne.s les plus jeunes. Si la méthodologie de cette enquête ne permet pas de généraliser ce résultat, d'autres études soulignent une évolution des modes d'exercice et des représentations professionnelles qui semble aller dans ce sens (Lapeyre et Le Feuvre, 2005 ; Lapeyre et Robelet, 2007 ; Bloy, 2011 ; Pierru, 2015). Ces tendances pourraient donner lieu à une transformation progressive des rapports hiérarchiques qui traversent les consultations médicales, et favoriser, à terme, une plus grande liberté de choix pour les usager.e.s. De même, l'ouverture des droits prescriptifs aux sages-femmes depuis 2009 pourrait autoriser l'émergence de pratiques potentiellement novatrices, tant du point de vue de la formation -les sages-femmes bénéficiant d'enseignements plus complets sur la contraception que les médecins généralistes- que du point de vue des rapports de pouvoir entre professionnel.le.s et usager.e.s ; les sages-femmes n'ayant jamais bénéficié de l'autonomie professionnelle attribuée aux médecins (Schweyer, 1996).

D'autre part, la crise médiatique autour des pilules de 3e et 4e générations qui a eu lieu entre 2012 et 2013 a contribué à remettre en question les normes contraceptives prescrites par la profession médicale française. Elle a eu pour conséquence la médiatisation de méthodes alternatives et semble avoir accentué un phénomène de désaffection pour les pilules

⁴⁸⁴ L'article L5134-1 du Code de la santé publique précise désormais : "*Toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.*"

⁴⁸⁵ Cour de Cassation, 1ère Civ., 23 janvier 2014, n°12-22123.

Conclusion générale

contraceptives déjà perceptible depuis la fin des années 2000 (Bajos et al. 2012 ; Bajos et al. 2014). À la faveur des débats nourris par cette polémique, le *statu quo* qui caractérisait les usages contraceptifs et le déroulement des consultations est remis en cause. Les mouvements féministes français se sont longtemps abstenus de critiquer les rapports de pouvoir entre médecins et usager.e.s et notamment, la centralité de la pilule hormonale dans le modèle contraceptif français (Löwy, 2005). Mais de nouvelles mobilisations émergent autour du consentement dans la relation de soins (Quéré, 2016), et pourraient à terme encourager un meilleur respect du droit à l'information et du droit au choix. Reste à savoir si en France, à l'instar de l'Angleterre, une plus grande autonomie décisionnelle des usager.e.s suffirait à remettre en cause la croyance en une responsabilité naturellement féminine de la contraception.

Bibliographie

Articles et ouvrages scientifiques :

Abajobir Amanuel Alemu, Maravilla Joemer Calderon, Alati Rosa et Najman Jakob Moses, 2016, « A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression », *Journal of Affective Disorders*, vol. 192, p. 56-63.

Abecassis Philippe et Domin Jean-Paul, 2011, « Les médecins généralistes face à la contractualisation de leur rémunération. Des motivations contrastées », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 29, n° 5, p. 231-246.

Accampo Elinor, Fuchs Rachel et Stewart Mary (dir.), 1995, *Gender and the politics of social reform in France, 1870-1914*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Accampo Elinor, 2003, « The Gendered Nature of Contraception in France: Neo-Malthusianism, 1900–1920 », *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 34, n° 2, p. 235-262.

Achin Catherine et Bereni Laure (dir.), 2013, *Dictionnaire genre & science politique : concepts, objets, problèmes*, Paris, Les Presses de Sciences Po.

Adler Laure, 1983, *Secrets d'alcôve: histoire du couple de 1830 à 1930*, Paris, Hachette.

Aïach Pierre, Carr-Hill Roy, Curtis Sarah et Illsley Raymond, 1988, *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne : analyse et étude comparative*, Paris, INSERM.

Aïach Pierre, 1998, « Les voies de la médicalisation », in Aïach Pierre et Delanoë Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation - Ecce Homo sanitas*, Paris, Economica, p. 15-36.

Aïach Pierre, 2001, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève et Phillipe Claudine (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé - Approches sociologiques*, Rennes, ENSP, p. 117-148.

Albertini Laure, 2009, « Le dispositif de représentation des usagers avant et après la loi du 4 mars 2002 », *Actualité et dossiers en Santé Publique*, vol. 68, p. 14-17.

Albouy Valérie et Déprez Muriel, 2009, « Mode de rémunération des médecins », *Economie & prévision*, vol. 188, n° 2, p. 131-139.

Allsop Judith, 2006, « Medical Dominance in a Changing World: The UK Case », *Health Sociology Review*, vol. 15, n° 5, p. 444-457.

Amsellem-Mainguy Yaëlle, 2011, « Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé », *Santé publique*, vol. 23, n°2, p. 77-87.

Andro Armelle et Desgrées du Loû Annabel, 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, vol. 52, n° 4, p. 3-12.

Ariès Philippe, 1960, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon.

Armitage C., Curran B., Wright S., Lenehan K., *et al.*, 2004, « Are we getting the message across? Trends among young men attending an inner city young people's clinic », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, n° 6, p. 477-479.

Arrowsmith Myat E., Majeed Azeem, Lee John Tayu et Saxena Sonia, 2014, « Impact of Pay for Performance on Prescribing of Long-Acting Reversible Contraception in Primary Care: An Interrupted Time Series Study », *PLoS ONE*, vol. 9, n° 4, e92205, p. 1-6.

Arulampalam Wiji, Booth Alison L. et Bryan Mark L., 2007, « Is There a Glass Ceiling over Europe? Exploring the Gender Pay Gap across the Wage Distribution », *Industrial & Labor Relations Review*, vol. 60, n° 2, p. 163-186.

Ashton John R., 1980, « Provision of Induced Abortion in Wessex Health Region: Unmet Need and Feasibility of Compensatory Day Care », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 73, n° 3, p. 191-196.

Ashworth Mark *et al.*, 2011, « Identifying poorly performing general practices in England: a longitudinal study using data from the quality and outcomes framework », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 16, n° 1, p. 21-27.

Attali Claude et Mazabrard Pauline, 2016, « Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 4, p. 67-72.

Attar E., Gokdemirel S., Serdaroglu H. et Coskun A., 2002, « Natural contraception using the Billings ovulation method », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 7, n° 2, p. 96-99.

Audric Sophie, 2012, « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 314.

Aulagnier M. *et al.*, 2007, « Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 38, n° 4, p. 259-268.

Auvray Laurence, Dumesnil Sylvie et Le Fur Philippe, 2001, « Santé, soins et protection sociale en 2000 », *Questions d'économie de la santé*, n° 46, p. 1-8.

Bachimont Janine, Cogneau Joël et Letourmy Alain, 2006, « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n° 2, p. 75-103.

Bacqué Marie-Hélène, Rey Henri et Sintomer Yves, 2005, « La démocratie participative urbaine face au néo-libéralisme », *Mouvements*, vol. 39-40, n° 3, p. 121-131.

Badie Bertrand et Hermet Guy, 2001, *La politique comparée*, Paris, Armand Colin.

Badraoui Mohammed, Bruyere Franck et Lanson Yves, 2004, « La loi sur la vasectomie est peu connue », *Andrologie*, vol. 14, n° 4, p. 438-442.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2001, « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, vol. 17, n° 4, p. 99-105.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle et le groupe GINE, 2002, *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM.

Bajos Nathalie, Leridon Henri, Goulard Hélène, Oustry Pascale, Job-Spira Nadine and the Cocon Group, 2003, « Contraception: from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, vol. 18, n° 5, p. 994-999.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, p. 117-142.

Bajos Nathalie, Oustry Pascale, Leridon Henri, Bouyer Jean, Job-Spira Nadine, Hassoun Danielle et l'équipe Cocon, 2004, « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, vol. 59, n° 3, p. 479-502.

Bajos Nathalie, Moreau Caroline, Leridon Henri et Ferrand Michèle, 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans », *Population et sociétés*, vol. 407, p. 1-4.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, vol. 61, n° 1, p. 91-117.

Bajos Nathalie, Ferrand Michèle et Andro Armelle, 2008, « Le sexualité à l'épreuve de l'égalité », in Bajos Nathalie et Bozon Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 545-576.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2011, « De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 42-60.

Bajos Nathalie, Bohet Aline, Le Guen Mireille et Moreau Caroline, 2012, « La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et sociétés*, n°92, p. 1-4.

Bajos Nathalie, Rouzaud-Cornabas Mylène, Panjo Henri, Bohet Aline, Moreau Caroline et l'équipe Fécond, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et sociétés*, n° 511.

Baker Mark R., 2001, *Research and Development for the NHS: Evidence, Evaluation and Effectiveness*, Oxford, Radcliffe Publishing.

Bally B., Steib A., Cabarrot P., Marty J., *et al.*, 2006, « Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : nouvelle obligation législative ou démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ? », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 25, n° 3, p. 356-361.

Banister Peter, Burman Erica, Parker Ian, Taylor Maye, *et al.*, 1994, *Qualitative Methods In Psychology: A Research Guide*, Milton Keynes, Open University Press.

Banks J. A. et Banks Olive, 1954, « The Bradlaugh-Besant Trial and the English Newspapers », *Population Studies*, vol. 8, n° 1, p. 22-34.

Baraitser Paula, Fettiplace Rachael, Dolan Frances, Massil Helen et Cowley Sarah, 2002, « Quality, mainstream services with proactive and targeted outreach: A model of contraceptive service provision for young people », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 28, n° 2, p. 90-93.

Baraitser P, Pearce V, Holmes J, Horne N, *et al.*, 2007, « Chlamydia testing in community pharmacies: evaluation of a feasibility pilot in south east London », *Quality & Safety in Health Care*, vol. 16, n° 4, p. 303-307.

Barbot Janine, Winance Myriam et Parizot Isabelle, 2015, « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences sociales et santé*, vol. 33, n° 2, p. 77-105.

Bard Christine, 2003, « Jalons pour une histoire des études féministes en France (1970-2002) », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 22, n° 1, p. 14-30.

Bard Christine et Mossuz-Lavau Janine (dir.), 2006, *Le planning familial : histoire et mémoire, 1956-2006*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Bardet Jean-Pierre et Dupâquier Jacques, 1986, « Contraception : les Français les premiers, mais pourquoi ? », *Communications*, vol. 44, n° 1, p. 3-33.

Bardin Laurence, 2007, *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France.

Barnay Thomas, Hartmann Laurence et Ulmann Philippe, 2007, « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, vol. n° 1, n° 1, p. 109-126.

Barrère-Maurisson Marie-Agnès, 2004, « Masculin/féminin: vers un nouveau partage des rôles ? », *Cahiers Français*, n°322, p. 22-28

Bartzen PJ, 1967, « Effectiveness of the temperature rhythm system of contraception », *Fertility and Sterility*, vol. 18, p. 694-706.

Batifoulier Philippe, 2013, « Prix, marché et liberté tarifaire en médecine », *Journal d'économie médicale*, vol. 29, n° 5, p. 204-215.

Baudier François, Bourgueil Yann, Evrard Isabelle, Gautier Arnaud, Le Fur Philippe, Mousquès Julien, 2010, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, vol. 157, n° 6, p. 1-6.

Béal Vincent, 2012, « Résoudre les tensions entre généralisation et singularité par l'écriture comparative ? », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 1, p. 39-59.

Becker Howard, 2002, *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.

Beetlestone Emma, Loubières Céline et Caria Aude, 2012, « Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques », *Santé Publique*, vol. 23, HS, p. 141-153.

Beltzer Nathalie et Bajos Nathalie, 2008, « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles », in Bajos Nathalie et Bozon Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 437-460.

Bereni Laure, Chauvin Sébastien, Jaunait Alexandre et Revillard Anne, 2012, *Introduction aux études sur le genre*, Bruxelles, De Boeck.

Berer Marge, 1996, « Men », *Reproductive Health Matters*, n° 7, p. 7-10.

Berger Peter Ludwig et Luckmann Thomas, 2006, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.

Bernstein D., Blotière P.O., Bousquet F., Legal R., *et al.*, 2009, « La variabilité des pratiques en médecine générale: une analyse sur données de l'Assurance-Maladie », Rennes, *Congrès des économistes français de la santé*, 3 et 4 décembre.

Berthod-Wurmser Marianne, 2000, « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? », in Fassin Didier *et. al.* (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 69-80.

Besnard-Rousseau Pascal, 1979, *Parti communiste français : morale et sexualité (1945-1976)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris X.

Bessière Sabine, 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 17-33.

Bhavnani Vanita et Fisher Brian, 2010, « Patient factors in the implementation of decision aids in general practice: a qualitative study », *Health Expectations: An International Journal Of Public Participation In Health Care And Health Policy*, vol. 13, n° 1, p. 45-54.

Bihl Alain et Pfefferkorn Roland, 2002, *Hommes, femmes, quelle égalité ? : école, travail, couple, espace public*, Paris, Editions de l'Atelier.

Biland Emilie, 2010, « Les cultures d'institution », in Lagroye J., Offerlé M. (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, p. 177-192.

Bissell Paul et Anderson Claire, 2003, « Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers », *Social Science & Medicine*, vol. 57, n° 12, p. 2367-2378.

Blanchet Alain et Gotman Anne, 1992, *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*, Paris, Nathan.

Blondiaux Loïc et Lévêque Sandrine, 1999, « La politique locale à l'épreuve de la démocratie. Les formes paradoxales de la démocratie participative dans le XXème arrondissement de Paris », in Neveu Catherine (dir.), *Espace public et engagement politique. Enjeux et logiques de la citoyenneté locale*, Paris, L'Harmattan, p. 17-83.

Blondiaux Loïc, 2005, « L'idée de démocratie participative: enjeux, impensés et questions récurrentes. », in Bacqué Marie-Hélène, Rey Henri, Sintomer Yves (dir.), *Gestion de proximité et démocratie participative. Une perspective comparative*, Paris, La Découverte, p. 119-137.

Bloy Géraldine, 2008, « L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n° 1, p. 67-91.

Bloy Géraldine, 2011, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, p. 9-28.

Bloy Géraldine et Rigal Laurent, 2012, « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du Travail*, vol. 54, n° 4, p. 433-456.

Bloy Géraldine, 2014, « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue française des affaires sociales*, vol.1, n° 1-2, p. 169-191.

Bloy Géraldine, 2016, « Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 4, p. 41-66.

Boas Marie-Hélène Sa Vilas, 2012, « Écrire la comparaison lorsque les données sont asymétriques. Une analyse de l'engagement dans les dispositifs participatifs brésiliens », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 1, p. 61-74.

Boltanski Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.

Bonnet Doris et Guillaume Agnès, 2006, « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in Guillaume Agnès et Khlat Myriam (dir.), *Santé de la reproduction au temps du sida*, Paris, Éditions du Ceped (Cirad/IRD), p. 11-32.

Bouchard Gérard, 2000, *Genèse des cultures et des nations du Nouveau Monde. Essai d'histoire comparée*, Montréal, Boréal.

Bourdelaï Patrice (dir.), 1997, *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques, XVIIIe-XXe siècles*, Paris, Odile Jacob.

Bourgault-Coudeville Dorothee, 2011, « L'interruption volontaire de grossesse en 2011. Réflexions sur un acte médical aux implications controversées », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 22-41.

Bourgueil Yann, Marek Anna et Mousquès Julien, 2008, « Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 93, n° 2, p. 94-105.

Bourgueil Yann, Marek Anna et Mousquès Julien, 2009, « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français », *Santé Publique*, vol. 21, n° 1, p. 27-38.

Bourmeau A., Le Danois A. et Lucas G., 1988, « Vasectomie. Critères de choix ou protocole ? », *Journal de chirurgie*, vol. 125, n° 11, p. 666-671.

Bourmeau Alain, 2000, « La stérilisation masculine volontaire à but contraceptif. Expérience du Centre de planification et d'éducation familiale de l'hôpital Saint Jacques à Nantes (1975-1997) », in Giami Alain et Leridon Henri (dir.), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, INED, p. 183-212.

Boy Daniel, 2002, « Les nouveaux modes de délibération », *Annales des mines*, n° 26, p. 67-82.

Boyer Paul et Richard Alban, 1975, « Éléments d'analyse de la transition démographique », *Population*, vol. 30, n° 4/5, p. 825-848.

Brabin Loretta, Thomas Grace, Hopkins Mark, O'Brien Karen, *et al.*, 2009, « Delivery of chlamydia screening to young women requesting emergency hormonal contraception at pharmacies in Manchester, UK: a prospective study », *BMC Women's Health*, vol. 9, n° 7, p. 1-6.

Bras Pierre-Louis, 2008, « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Les Tribunes de la santé*, vol. 1, n° 18, p. 47-56.

Bras Pierre-Louis et Duhamel Gilles, 2010, « Le système de soins anglais, un modèle pour la France ? », *Les Tribunes de la santé*, vol.1, n° 26, p. 39-48.

Bras Pierre-Louis, 2011, « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 1, n° 30, p. 113-126.

Bras Pierre-Louis, 2015, « La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n° 48, p. 73-92.

Bréchat Pierre-Henri, Magnin-Feysot Christian et Grangeon Jean-Luc, 2003, « La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé », *Actualité et dossiers en Santé Publique*, n°44, p. 61-66.

Bréchat Pierre-Henri et Roger Philippe, 2003, « Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002 », *Actualité et dossiers en Santé Publique*, vn°43, p. 11-16.

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, p. 87-110.

Bretin Hélène et Kotobi Laurence, 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, vol. 1, n° 58, p. 123-134.

Briatte François, 2009, « L'histoire politique des inégalités de santé en France et en Angleterre », *Chantiers Politiques*, n° 7, p. 50-55.

Briatte François, 2010, « A Case of Weak Architecture: The French Ministry of Health », *Social Policy & Administration*, vol. 44, n° 2, p. 155-171.

Briatte François et Goëta Samuel, 2014, « Les logiques politiques de l'ouverture des données de santé en France », *Statistique et Société*, vol. 2, n° 2, p. 49-55.

Briggs Paula Elizabeth, Praet Cecile Aude, Humphreys Samantha Charlotte et Zhao Changgeng, 2013, « Impact of UK Medical Eligibility Criteria implementation on prescribing of combined hormonal contraceptives », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, Vol. 3, n°30, p. 190-196.

Brocas Anne-Marie et Le Coz Gildas, 2000, « La démocratie sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 54, p. 9-14.

Brocas Anne-Marie, 2010, « Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3, p. 103-110.

Brookes Barbara, 1988, *Abortion in England 1900-1967*, London, Croom Helm.

Broom Alex, Broom Jennifer et Kirby Emma, 2014, « Cultures of resistance? A Bourdieusian analysis of doctors' antibiotic prescribing », *Social science & medicine*, vol. 110, p. 81-88.

Brouard Sylvain *et al.*, 2009, « Comparer les productions législatives : enjeux et méthodes », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 16, n° 3, p. 381-404.

Brown Sally, 2012, « Young men, sexual health and responsibility for contraception: a qualitative pilot study », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol.1, n° 38, p. 44-47.

Brown Sally, 2013, « Is counselling necessary? Making the decision to have an abortion. A qualitative interview study », *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 1, n° 18, p. 44-48.

Brugilles Carole, Cromer Isabelle et Cromer Sylvie, 2002, « Les représentations du masculin et du féminin dans les albums illustrés ou : Comment la littérature enfantine contribue à élaborer le genre », *Population*, vol. 57, n° 2, p. 261-292.

Brugeilles Carole, Cromer Sylvie et Panissal Nathalie, 2009, « Le sexisme au programme ? », *Travail, genre et sociétés*, vol. 21, n° 1, p. 107-129.

Brugeilles Carole et Sebille Pascal, 2009, « La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants : L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations », *Politiques sociales et familiales*, vol. 95, n° 1, p. 19-32.

Brugeilles Carole et Sebille Pascal, 2011, « Partage des activités parentales : les inégalités perdurent », *Politiques sociales et familiales*, vol. 103, n° 1, p. 17-32.

Brugeilles Carole et Sebille Pascal, 2015, « Fathers' and Mothers' Involvement in Parental Tasks: An Unequal Division », *Contemporary Family in France*, p. 203-225.

Buhling Kai J. *et al.*, 2014, « Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists: Results of a nationwide survey », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 19, n° 6, p. 448-456.

Cahen Fabrice, 2007, « De la contraception clandestine à la loi Neuwirth: la France à la traîne? », *Population et sociétés*, n°439, p. 5-8.

Cahen Fabrice, 2009, « Medicine, statistics, and the encounter of abortion and “depopulation” in France (1870–1920) », *The History of the Family*, vol. 14, n° 1, p. 19-35.

Cahen Fabrice, 2011, *Lutter contre l'avortement illégal. Les politiques de la vie au défi du contrôle des mœurs. (France, 1890-1950)*, Thèse de doctorat en Histoire, École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Cahen Fabrice, 2016, *Gouverner les mœurs. La lutte contre l'avortement en France, 1890-1950*, Paris, INED.

Callaghan Gillian et Wistow Gerald, 2006, « Governance and public involvement in the British National Health Service: Understanding difficulties and developments », *Social Science & Medicine*, vol. 63, n° 9, p. 2289-2300.

Callon Michel, Lascoumes Pierre et Barthe Yannick, 2001, *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil.

Calnan Michael et Rowe Rosemary, 2008, « Trust, accountability and choice », *Health, Risk & Society*, vol. 10, n° 3, p. 201-206.

Campbell Flann, 1960, « Birth control and the christian churches », *Population Studies*, vol. 14, n° 2, p. 131-147.

Campbell J. L. *et al.*, 2008, « Assessing the professional performance of UK doctors: an evaluation of the utility of the General Medical Council patient and colleague questionnaires », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 17, n° 3, p. 187-193.

Campbell John *et al.*, 2009, « The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK – development and psychometric characteristics », *BMC Family Practice*, vol. 10, p. 57-65.

Camus Jérôme et Oria Nathalie, 2011, « Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, vol. 3, n° 176, p. 73-82.

Caria Aude, Wils Jean, Ghadi Véronique, Gobel Stéphane, *et al.*, 2010, « Représentants des usagers et présence associative dans les établissements de santé », *Réflexions hospitalières*, vol. 534, p. 66-70.

Carricaburu Danièle et Ménoret Marie, 2004, *Sociologie de la santé: Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin.

Carrigan Tim, Connell Bob et Lee John, 1985, « Toward a new sociology of masculinity », *Theory and Society*, vol. 14, n° 5, p. 551-604.

Case Paula, 2011, « Putting Public Confidence First: Doctors, Precautionary Suspension, and the General Medical Council », *Medical Law Review*, vol. 19, n° 3, p. 339-371.

Castel Patrick et Merle Ivanne, 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 3, p. 337-355.

Castel Patrick et Dalgalarondo Sébastien, 2005, « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 4, p. 5-40.

Castel Patrick et Robelet Magali, 2009, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 27, n° 3, p. 98-115.

Catrice-Lorey Antoinette et Steffen Monika, 2006, « La mise en œuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, p. 171-189.

Cayleff Susan E., 1988, « 'Prisoners of their own feebleness': Women, nerves and western medicine—A historical overview », *Social Science & Medicine*, vol. 26, n° 12, p. 1199-1208.

Chaki S. P., Das H. C. et Misro M. M., 2003, « A short-term evaluation of semen and accessory sex gland function in phase III trial subjects receiving intravaginal contraceptive RISUG », *Contraception*, vol. 67, n° 1, p. 73-78.

Challans Emma, 2006, « How can users be involved in service improvement in health and social care, and why is this important? », *Journal of Integrated Pathways*, vol. 10, n° 2, p. 49-58.

Chambaud Laurent et Schaetzel Françoise, 2009, « Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ? », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 8, n° 2, p. 35-43.

Chamberlain John M., 2011, « The hearing of fitness to practice cases by the General Medical Council: Current trends and future research agendas », *Health, Risk & Society*, vol. 13, n° 6, p. 561-575.

Chaperon Sylvie, 2006, « Le MFPF face au féminisme (1956-1970) », Bard Christine et Mossuz-Lavau Janine (dir.), *Le Planning familial. Histoire et mémoire 1956-2006*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 21-25.

Charmaz Kathy, 1995, « Identity dilemmas of chronically ill men », in Sabo D. et Gordon D.F. (dir.), *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 266-291.

Charton Laurence et Lapierre-Adamcyk Evelyne, 2008, « Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives: mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec », Colloque Internationale de l'Aidelf, Québec, En ligne : <https://www.aidelf.org/images/stories/S2-2.pdf> [Consulté le : 20 novembre 2014].

Chaupain-Guillot Sabine, Guillot Olivier et Jankeliowitch-Laval Eliane, 2014, « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV », *Economie et Statistique*, vol. 469, n° 470, p. 169-197.

Chauveau Sophie, 2003, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 18, p. 223-239.

Chauvin Sébastien, 2005, « Les aventures d'une «alliance objective». Quelques moments de la relation entre mouvements homosexuels et mouvements féministes au XXe siècle », *L'Homme et la société*, vol. 158, n° 4, p. 111-130.

Checkland K., Marshall M. et Harrison S., 2004, « Re-thinking accountability: trust versus confidence in medical practice », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 13, n° 2, p. 130-135.

Checkland Kath, 2004, « National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work? », *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, n° 7, p. 951-975.

Cheraghi-Sohi Sudeh et Calnan Michael, 2013, « Discretion or discretions? Delineating professional discretion: The case of English medical practice », *Social Science & Medicine*, vol. 96, p. 52-59.

Chesnais Jean-Claude, 1992, « Le nombre et le bonheur des hommes. Alfred Sauvy et les politiques de population », *Population*, vol. 47, n° 6, p. 1575-1588.

Clair Isabelle, 2012, *Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin.

Clarke Adele E., 1990, « Women's health: Life-cycle issues », in Apple Rima (dir.) *Women, Health, and Medicine in America: A Historical Handbook*, New Brunswick, Rutgers University Press, p. 3-39.

Coale Ansley J. et Watkins Susan Cotts, 1986, *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton, Princeton University Press.

Cogneau J. et al., 2002, « Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique », *Santé Publique*, vol. 14, n° 2, p. 191-199.

Cohen J. et Madelenat P., 2001, « La fin du paradoxe français », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 29, n°1, p. 7-8.

Coldefy Magali, Com-Ruelle Laure et Lucas-Gabrielli Véronique, 2011, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Questions d'économie de la santé*, vol. 4, n° 164, p. 1-8.

Cole Katie, Sim Fiona et Hogan Helen, 2011, « The Evolution of Public Health Education and Training in the United Kingdom », *Public Health Reviews*, vol. 33, n° 1, p. 87-104.

Colin Christel, Djider Zohor et Ravel Claire, 2005, « La Parité à pas comptés », *Insee Première*, vol. 3, n° 1006, p. 1-4.

Condry John et Condry Sandra, 1976, « Sex Differences: A Study of the Eye of the Beholder », *Child Development*, vol. 47, n° 3, p. 812-819.

Connell R. W., 1983, *Which Way is Up?: Essays on Sex, Class, and Culture*, London, Allen & Unwin.

Connell R. W., 1987, *Gender and power: society, the person, and sexual politics*, Palo Alto, Stanford University Press.

Connell R. W., 2005, *Masculinities*, Oakland, University of California Press.

Conrad Peter, 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-232.

Conrad Peter et Schneider Joseph W., 1992, *Deviance and medicalization: From badness to sickness*, Philadelphia, Temple University Press.

Conrad Peter et Potter Deborah, 2000, « From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories », *Social Problems*, vol. 47, n° 4, p. 559-582.

Cook Hera., 2004, *The long sexual revolution English women, sex, and contraception, 1800-1975*, Oxford, Oxford University Press.

Cook Hera, 2005, « The English Sexual Revolution: Technology and Social Change », *History Workshop Journal*, vol. 59, n° 1, p. 109-128.

Cooper Richard *et al.*, 2008, « Stakeholders' views of UK nurse and pharmacist supplementary prescribing », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 13, n° 4, p. 215-221.

Cooper Richard J. *et al.*, 2011, « Further challenges to medical dominance? The case of nurse and pharmacist supplementary prescribing », *Health*, Vol. 16, n°2, p.115-133.

Copas A. J. *et al.*, 2002, « The accuracy of reported sensitive sexual behaviour in Britain: exploring the extent of change 1990–2000 », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, n° 1, p. 26–30.

Corbin Juliet et Strauss Anselm, 1985, « Managing chronic illness at home: Three lines of work », *Qualitative Sociology*, vol. 8, n° 3, p. 224-247.

Cornilleau Gérard et Debrand Thierry, 2011, « Crise et déficit de l'assurance maladie », *Revue de l'OFCE*, vol. 1, n° 116, p. 315-332.

Cotterell Phil, Sitzia John et Richardson Alison, 2004, « Evaluating partnerships with cancer patients », *Practice Nursing*, vol. 15, n° 9, p. 430-435.

Couffinhal Agnès *et al.*, 2005a, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Questions d'économie de la santé*, n° 93, p. 1-8.

Couffinhal Agnès *et al.*, 2005b, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen : Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 92, p. 1-5.

Coulter Angela, 2002, *The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care*, London, The Stationary Office.

Coulter Angela, Edwards Adrian, Elwyn Glyn et Thomson Richard, 2011, « Implementing shared decision making in the UK », *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol. 105, n°4, p. 300-304.

Court Martine, 2010, *Corps de filles, corps de garçons: une construction sociale*, Paris, La Dispute.

Courtenay Will, 2000, « Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors », *Psychology of Men and Masculinity*, vol. 1, n° 1, p. 4-15.

Courtenay Will, 2009, « Theorising masculinity and men's health », in Broom Alex et Tovey Philip (dir.), *Men's health: Body, identity and social context*, West Sussex, Wiley-Blackwell, p. 9-32.

Courtenay Will, 2010, « Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: a theory of gender and health », *Social Science & Medicine*, Vol. 50, n°10, p. 1385-1401.

Courtin Émilie, Lechaux Bleuwenn, Roullaud Élise et Woollven Marianne, 2012, « Démêler les fils du récit comparatif », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 1, p. 7-17.

Coward Rosalind, 1984, *Female Desire: Women's Sexuality Today*, London, Paladin Publishing.

Crawford M. J. *et al.*, 2003, « User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 107, n° 6, p. 410-414.

Cresson Geneviève, 1995, *Le travail domestique de santé: analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan.

Cutler David M. et Johnson Richard, 2004, « The Birth and Growth of the Social Insurance State: Explaining Old Age and Medical Insurance Across Countries », *Public Choice*, vol. 120, n° 1-2, p. 87-121.

Dabrera Gavin, Pinson David et Whiteman Steve, 2011, « Chlamydia screening by community pharmacists: a qualitative study », *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 37, n° 1, p. 17-21.

Dadlez E. et Andrews William L., 2010, « Post-Abortion Syndrome: Creating an Affliction », *Bioethics*, vol. 24, n° 9, p. 445-452.

Dafflon Nouvelle Anne (dir.), 2006, *Filles-garçons: socialisation différenciée ?*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Dagnaud Monique et Mehl Dominique, 1988, « Les gynécologues 1 : Une profession sous influence », *Sociologie du Travail*, vol. 30, n° 2, p. 271-285.

Darroch Jacqueline E., Singh Susheela et Frost Jennifer J., 2001, « Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use », *Family planning perspectives*, vol. 33, n° 6, p. 244-281.

Daune-Richard Anne-Marie et Devreux Anne-Marie, 1992, « Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique », *Recherches féministes*, vol. 5, n° 2, p. 7-30.

Dauphin Sandrine, 2010, « Action publique et rapports de genre », *Revue de l'OFCE*, vol. 3, n° 114, p. 265-289.

Davey Caroline, 2005, « Sexual and Reproductive Health and Rights in the United Kingdom at ICPD+10 », *Reproductive Health Matters*, vol. 13, n° 25, p. 81-87.

Davey Claire, 1988, « Birth Control in Britain During the Interwar Years Evidence From the Stopes Correspondence », *Journal of Family History*, vol. 13, n° 3, p. 329-345.

Davidson Stewart et Elstub Stephen, 2014, « Deliberative and Participatory Democracy in the UK », *British Journal of Politics & International Relations*, vol. 16, n° 3, p. 367-385.

Dawson S. G., Callander N., Roche C., Kingsland T., *et al.*, 2000, « Integrated sexual healthcare: the development and review of one model of service delivery », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 11, n° 7, p. 428-434.

Day Patricia et Klein Rudolf, 1992, « Constitutional and Distributional Conflict in British Medical Politics: the Case of General Practice, 1911-1991 », *Political Studies*, vol. 40, n° 3, p. 462-478.

Dearden-Phillips Craig et Fountain Rob, 2005, « Real Power? An examination of the involvement of people with learning difficulties in strategic service development in Cambridgeshire », *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 33, n° 4, p. 200-204.

Degos L., 2013, « Le paiement à la performance est-il performant ? », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 7, n° 3, p. 207-210.

Dehlendorf Christine, Levy Kira, Ruskin Rachel et Steinauer Jody, 2010, « Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care? », *Contraception*, vol. 81, n° 4, p. 292-298.

Delanoë Daniel, 1998, « La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation », in Aïach Pierre et Delanoë Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, p. 211-251.

Delattre Eric et Dormont Brigitte, 2003, « Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians », *Health Economics*, vol. 12, n° 9, p. 741-754.

Delforge Sandie, 2006, « Images et représentations du père et de la mère », *Informations sociales*, vol. 4, n° 132, p. 100-105.

Delphy Christine, 1970, « L'ennemi principal », *Partisans*, n° spécial « Libération des femmes, année zéro », n° 54-55, p. 57-172.

Delphy Christine, 1975, « Pour un féminisme matérialiste », *L'Arc*, vol. 61, p. 61-67.

Delphy Christine, 1998, *L'ennemi principal: Economie politique du patriarcat*, 3e édition. Paris, Syllepse.

Delphy Christine, 2001, *L'ennemi principal: Penser le genre*, Paris, Syllepse.

Demazière Didier, 2013, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie*, vol. 4, n° 3, p. 333-347.

Demazière Didier, Giraud Olivier et Lallement Michel, 2013, « Comparer. Options et inflexions d'une pratique de recherche », *Sociologie du Travail*, vol. 55, n° 2, p. 136-151.

Déplaud Marc-Olivier, 2007, *L'emprise des quotas: les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat en Science Politique, Paris, Université Panthéon-Sorbonne.

Deschamps Jean-Pierre, 2001, « Les sciences humaines, victimes de la trithérapie », *Santé Publique*, vol. 13, n° 3, p. 295-299.

Desjeux Cyril, 2008, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *¿ Interrogations ?*, n° 6, p. 151-160.

Desjeux Cyril, 2009, *Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

Despres Caroline, Dourgnon Paul, Fantin Romain et Jusot Florence, 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n° 170, p. 1-6.

Detrez Christine, 2005, « Il était une fois le corps...: la construction biologique du corps dans les encyclopédies pour enfants », *Sociétés contemporaines*, vol. 59-60, n° 3, p. 161-177.

Devaux Marion, 2013, « Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries », *The European Journal of Health Economics*, vol. 16, n° 1, p. 21-33.

Devaux Marion et Looper Michael de, 2012, « Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009 », *OECD Health Working Paper*, n°58, OECD Publishing.

Devictor Bernadette, 2010, « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », *Santé Publique*, vol. 22, n° 1, p. 121-129.

Devreux Anne-Marie, 1992, « Être du bon côté », in Daniel Welzer-Lang et Jean-Paul Filiod (dir.), *Des hommes et du masculin*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p. 147-164.

Devreux Anne-Marie, 1997, « Des appelés, des armes et des femmes: l'apprentissage de la domination masculine à l'armée », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 18, n° 3/4, p. 49-78.

Devreux Anne-Marie, 2005, « Des hommes dans la famille - Catégories de pensée et pratiques réelles », *Actuel Marx*, vol. 1, n° 37, p. 55-69.

Diamond John, 2005, « 3. Revitalisation urbaine et participation communautaire. Les leçons de l'expérience britannique », in Bacqué Marie-Hélène, Rey Henri, Sintomer Yves (dir.), *Gestion de proximité et démocratie participative. Une perspective comparative*, Paris, La Découverte, p. 101-115.

Diederich Nicole, 2000, « Influence de la stérilisation des femmes "handicapées mentales" sur leur devenir », in Giami Alain et Leridon Henri (dir.), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, INED, p. 317-334.

Digby Anne et Bosanquet Nick, 1988, « Doctors and Patients in an Era of National Health Insurance and Private Practice, 1913-1938 », *The Economic History Review*, vol. 41, n° 1, p. 74-94.

Diter Kevin, 2015, « « Je l'aime, un peu, beaucoup, à la folie... pas du tout ! » », *Terrains & travaux*, vol. 2, n° 27, p. 21-40.

Dodier Nicolas et Barbot Janine, 2000, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, vol. 18, n° 1, p. 75-119.

Dogan Mattei et Pelassy Dominique, 1982, *Sociologie politique comparative: problèmes et perspectives*, Paris, Economica.

Dormont Brigitte, 2009, « Un système si parfait... », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 5, n° 1, p. 11-26.

Dormont Brigitte, 2013, « Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n° 40, p. 53-61.

Dormont Brigitte et Péron Mathilde, 2015, « Does Health Insurance Encourage the Rise in Medical Prices? A Test on Balance Billing in France », *Cahiers de la Chaire Santé*, vol. 22, p. 1-25.

Douglas Mary, 1986a, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte.

Douglas Mary, 1986b, *Risk acceptability according to the social sciences*, London, Routledge and Kegan Paul.

Dourgnon Paul, Jusot Florence et Fantin Romain, 2012, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique/Public economics*, n° 28-29, p. 123-147.

Dourlen-Rollier A.-M., Palmer E. et Verdoux C., 1990, « La vasectomie en France en 1990: enquête », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, vol. 18, n° 3, p. 177-180.

Draper Elizabeth, 1972, *Birth control in the modern world: the role of the individual in population control*, London, Harmondsworth ; Penguin Books Ltd.

Drouard Alain, 1992, « Aux origines de l'eugénisme en France : le néo-malthusianisme (1896-1914) », *Population*, vol. 47, n° 2, p. 435-459.

Dubeau Diane, Coutu Sylvain et Lavigueur Suzanne, 2007, « L'engagement parental : des liens qui touchent les mères, les pères, le climat familial et l'adaptation sociale de l'enfant », in Bergonnier-Dupuy Geneviève et Robin Monique, *Couple conjugal, couple parental : vers de nouveaux modèles*, Toulouse, Eres, p. 75-102.

Dupâquier Jacques et Lachiver M., 1969, « Les débuts de la contraception en France ou les deux malthusianismes », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 24, n° 6, p. 1391-1406.

Dupâquier Jacques, 1978, « Les aventures démographiques comparées de la France et de l'Irlande (XVIIIe-XXe siècle) », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 33, n° 1, p. 143-155.

Dupâquier Jacques (dir.), 1988, *Histoire de la population française*, Paris, Presses Universitaires de France.

Dupâquier Michel, 1984, « La famille Bertillon et la naissance d'une nouvelle science sociale », *Annales de démographie historique*, vol. 1983, n° 1, p. 293-311.

Durand Sandrine, 2002, « Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes », in Bajos Nathalie et Ferrand Michèle et le groupe GINE (dir.), *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM, p. 249-302.

Eberhardt Judith, van Wersch Anna et Meikle Neil, 2009, « Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 35, n° 3, p. 161-165.

Edelman Nicole, 2000, « Représentation de la maladie et construction de la différence des sexes. Des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'hystérie comme exemple », *Romantisme*, vol. 30, n° 110, p. 73-87.

Edelman Nicole, 2003, « Discours médical et construction des catégories homme/femme, masculin/féminin », *Sens Public*, 2001, En ligne : <http://www.sens-public.org/spip.php?article9> [Consulté le : 8 avril 2015].

Ehrenreich Barbara et English Deirdre, 1979, *For her own good: one hundred and fifty years of the experts' advice to women*, Londres, Pluto.

El Enany Nellie, Currie Graeme et Lockett Andy, 2013, « A paradox in healthcare service development: Professionalization of service users », *Social Science & Medicine*, vol. 80, p. 24-30.

Ellis Jack D., 1990, *The physician-legislators of France: medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press.

Elston Mary Ann, 1991, « The politics of professional power: medicine in a changing health service », in Bury M. *et al.* (dir.), *The Sociology of the Health Service*, London, Routledge, p. 58-88.

Emanuel Ezekiel et Emanuel Linda, 1992, « Four models of the physician-patient relationship », *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, n° 16, p. 2221-2226.

Emmett Clare L. *et al.*, 2007, « Decision-making about mode of delivery after previous caesarean section: development and piloting of two computer-based decision aids », *Health Expectations: An International Journal Of Public Participation In Health Care And Health Policy*, vol. 10, n° 2, p. 161-172.

Epstein Steven, 1996, *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, Oakland, University of California Press.

Fainzang Sylvie, 2005, « When doctors and patients lie to each other. Lying and power within the doctor-patient relationship », in Van Dongen E. et Fainzang S. (dir.), *Lying and Illness. Power and Performance*, Amsterdam, Hel Spinius, p. 36-55.

Fainzang Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.

Fassin Didier, 1998, « Avant-Propos. Les politiques de la médicalisation », in Aïach Pierre et Delanoë Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation - Ecce Homo sanitas*, Paris, Economica, p. 1-14.

Fassin Didier, 1999, « Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel », in Preiswerk Y. et Burnier M.-J. (dir.), *Tant qu'on a la santé: les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes*, Genève, Graduate Institute Publications, p. 119-130.

Fave Sophie *et al.*, 2014, « Freins à la participation des patients en stade 3 de la maladie rénale chronique à l'éducation thérapeutique proposée en réseau de santé », *Néphrologie & thérapeutique*, vol. 10, n° 2, p. 112-117.

Feroni Isabelle et Kober-Smith Anémone, 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers: l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 3, p. 469-494.

Ferrand-Picard Michèle, 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n° 3, p. 383-396.

Ferrand Michèle et Jaspard Maryse, 1987, *L'Interruption volontaire de grossesse*, Paris, Presses Universitaires de France.

Ferrand Michèle, 2004, *Féminin Masculin*, Paris, La Découverte.

Ferrand Michèle, 2005, « Egaux face à la parentalité ? : Les résistances des hommes... et les réticences des femmes », *Actuel Marx*, vol. 37, n° 1, p. 71-88.

Ferrand Michèle, Bajos Nathalie et Andro Armelle, 2008, « Accords et désaccords: variations autour du désir », in Bajos Nathalie et Bozon Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 359-380.

Ferris Paul, 1966, *The nameless: abortion in Britain today*, London, Hutchinson.

Field D., 1988, « Teaching sociology in UK medical schools », *Medical Education*, vol. 22, n° 4, p. 294-300.

Figà-Talamanca Irene *et al.*, 1986, « Illegal Abortion: An Attempt to Assess its Cost to the Health Services and its Incidence in the Community », *International Journal of Health Services*, vol. 16, n° 3, p. 375-389.

Fillod Odile, 2014, « Les sciences et la nature sexuée du psychisme au tournant du xxie siècle », *Genre, sexualité & société*, 12 | Automne 2014, en ligne <http://gss.revues.org/3205>, [consulté le 12 mars 2015].

Fine Agnès, 1998, « Le don d'enfant dans l'ancienne France », in Fine Agnès (dir.), *Adoptions: ethnologie des parentés choisies*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, p. 61-95.

Fine Agnès et Martial Agnès, 2010, « Vers une naturalisation de la filiation? », *Genèses*, vol. 1, n° 78, p. 121-134.

Fisher Kate, 2006, *Birth control, sex and marriage in Britain, 1918-1960*, Oxford, Oxford University Press.

Flynn Darren *et al.*, 2013, « A review of decision support, risk communication and patient information tools for thrombolytic treatment in acute stroke: lessons for tool developers », *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 1, p. 225-237.

Forster Rudolf et Gabe Jonathan, 2008, « Voice or Choice? Patient and Public Involvement in the National Health Service in England under New Labour », *International Journal of Health Services*, vol. 38, n° 2, p. 333-356.

Fougeyrollas Béatrice et Zaidman Claude, 1995, « L'avortement en France, vingt ans après la loi », *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, n° 4-5, p. 85-96.

Fournier Cécile et Kerzanet Sandra, 2007, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé Publique*, vol. 19, n° 5, p. 413-425.

Franc Carine, Renard Émilie, Vaillant Marc Le et Pelletier-Fleury Nathalie, 2009, « La perception par les pédiatres des contraintes économiques », *Revue économique*, vol. 60, n° 2, p. 507-520.

Franklin Sarah, Lury Celia et Stacey Jackie (dir.), 1991, *Off-Centre: Feminism and Cultural Studies*, London, Harper Collins Academic.

Fredriksson Mio, Blomqvist Paula et Winblad Ulrika, 2014, « Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines – striving for national equity in Sweden », *BMC Health Services Research*, vol. 14, n° 1, p. 509-518.

- Freidson Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- de Freitas Cláudia et Martin Graham, 2015, « Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare », *Social Science & Medicine*, vol. 135, p. 31-39.
- Friedmann Isabelle, 2006, *Liberté, sexualités, féminisme: 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes*, Paris, La Découverte.
- Fudge Nina, Wolfe Charles D. A. et McKeivitt Christopher, 2008, « Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study », *British Medical Journal*, vol. 336, n° 7639, p. 313-317.
- Galam Éric, 2014, « Devenir médecin : éclairer le *hidden curriculum*. L'exemple de l'erreur médicale », *La Presse Médicale*, vol. 43, n° 4, p. 358-362.
- Galant Henry, 1955, *Histoire politique de la sécurité sociale française 1945-1952*, Paris, Armand Colin.
- Gally Natacha, 2012, « Écrire le contraste au-delà des typologies : l'apport de l'histoire croisée à la comparaison internationale », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 1, p. 19-38.
- Gangl Markus et Ziefle Andrea, 2009, « Motherhood, labor force behavior, and women's careers: An empirical assessment of the wage penalty for motherhood in Britain, Germany, and the United States », *Demography*, vol. 46, n° 2, p. 341-369.
- Garattini Livio, Gritti Sara, De Compadri Paola et Casadei Gianluigi, 2010, « Continuing Medical Education in six European countries: A comparative analysis », *Health Policy*, vol. 94, n° 3, p. 246-254.
- Garcia Sandrine, 2005, « Expertise scientifique et capital militant: Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 158, n° 3, p. 96-115.
- Garcia Sandrine, 2007, « La création du collège des médecins : un coup de force symbolique », in Bard Christine et Mossuz-Lavau Janine (dir.), *Le Planning familial. Histoire et mémoire 1956-2006*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 109-118.
- Gardey Delphine et Löwy Ilana (dir.), 2000, *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Editions des archives contemporaines.
- Gaudillière Jean-Paul, 2000, « Eugénisme, démographie et stérilisations en France et en Grande-Bretagne (1930-1960) », in Giami Alain et Leridon Henri (dir.), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, INED, p. 49-61.

Gaudillière Jean-Paul, 2003, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du Genre*, vol. 34, n° 1, p. 57-80.

Gaudillière Jean-Paul, 2006, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, vol. 14, n° 3, p. 239-248.

Gautier Arlette, 1988, « Les politiques familiales et démographiques dans les départements français d'Outre-Mer depuis 1946 », *Cahiers des Sciences Humaines*, vol. 24, n° 3, p. 389-402.

Gelly Maud, 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales: une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan.

Geppert Alexander C. T., 1998, « Divine Sex, Happy Marriage, Regenerated Nation: Marie Stopes's Marital Manual Married Love and the Making of a Best-Seller, 1918-1955 », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 8, n° 3, p. 389-433.

Germanaud J. *et al.*, 2003, « Une typologie des pratiques médicales comme outil de l'amélioration de la qualité des soins. Expérience dans la prise en charge des malades diabétiques par les médecins généralistes », *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 34, n° 2, p. 85-91.

Ghadi Véronique et Naiditch Michka, 2006, « Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? », *Santé Publique*, vol. 18, n° 2, p. 171-186.

Ghadi Véronique, 2009, « Évolution et légitimité de la représentation des usagers dans le système de santé français », *Actualité et dossiers en Santé Publique*, vol. 68, p. 18-20.

Ghadi Véronique, Caria Aude et Wils Jean, 2010, « La mise en place d'une maison des usagers », *Gestions hospitalières*, n° 494, p. 152-156.

Giaimo Susan, 2009, *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, Ann Arbor, University of Michigan Press.

Giami Alain et Leridon Henri, 2000, *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, INED.

Giami Alain et Spencer Brenda, 2004, « Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 52, n°4, p. 377-387.

Gianini Belotti Elena, 1976, *Du côté des petites filles*, Paris, Éditions des Femmes.

Gibaud Bernard, 1986, *De la mutualité à la sécurité sociale: conflits et convergences*, Paris, Éditions de l'Atelier.

Giraud Colin, 2012, « Structurer la comparaison par l'expérience de l'écriture », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 1, p. 95-113.

Glaser Barney G., 2002, « Constructivist Grounded Theory? », *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 3, n° 3, en ligne : <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/825> [Consulté le : 13 mai 2015].

Glaser Barney G. et Strauss Anselm Leonard, 1967, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York, A. de Gruyter.

Glaser Barney G., 1992, *Emergence vs forcing: Basics of grounded theory analysis*, Mill Valley, Sociology Press.

Glaser Barney G., 2001, *The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description*, Mill Valley, Sociology Press.

Glaser Barney G. et Holton Judith, 2007, « Remodeling Grounded Theory », *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*. Supplement, n° 19, p. 47-68.

Glasier A. F. *et al.*, 2000, « Would women trust their partners to use a male pill? », *Human Reproduction*, vol. 15, n° 3, p. 646-649.

Glass David, 1966, « Family planning programmes and action in Western Europe », *Population studies*, vol. 19, n° 3, p. 221-238.

Gleeson Kate, 2007, « Persuading Parliament: Abortion Law Reform in the UK », *Australasian Parliamentary Review*, vol. 22, n° 2, p. 23-44.

Glover Judith, 1991, *French and British women in employment: Domestic circumstances, employment patterns and occupational achievement, with particular reference to teachers and office workers*, Thèse de doctorat en sociologie, University of Surrey.

Goddard Maria, Gravelle Hugh, Hole Arne et Marini Giorgia, 2010, « Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 15, n° 1, p. 28-35.

Godelier Maurice, 2003, « Un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant : Analyse comparative de quelques théories culturelles de la procréation et de la conception », *Ethnologies comparées*, n° 6, en ligne : <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm> [Consulté le : 14 février 2012].

Godelier Maurice, 2004, *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Fayard.

Goffman Erving, 1977, « The arrangement between the sexes », *Theory and Society*, vol. 4, n° 3, p. 301-331.

Gourgues Guillaume, 2013, *Les politiques de la démocratie participative*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Greaves Felix *et al.*, 2012, « Patients' Ratings of Family Physician Practices on the Internet: Usage and Associations With Conventional Measures of Quality in the English National Health Service », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 14, n° 5. en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3517341/> [Consulté le : 18 décembre 2015].

Greaves Felix, Millett Christopher et Nuki Paul, 2014, « England's Experience Incorporating "Anecdotal" Reports From Consumers Into Their National Reporting System Lessons for the United States of What to Do or Not to Do? », *Medical Care Research and Review*, vol. 71, n°5, p. 65-80.

Green Nancy L., 2004, « Forms of comparison », in Cohen Deborah et O'Connor Maura (dir.), *Comparison and History: Europe in Cross-National Perspective*, New-York, Routledge, p. 41-56.

Greene Margaret et Biddlecom Ann, 1997, *Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles*, Research Division Working Paper, New-York, Population Council.

Greene Margaret E. *et al.*, 2006, *Involving men in reproductive health: Contributions to development*, Millennium Project, Washington DC.

Greffion Jérôme, 2011, « Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins », *Savoir/Agir*, vol. n° 16, n° 2, p. 43-50.

Greffion Jérôme, 2014, *Faire passer la pilule : visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins : une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014)*, Thèse de doctorat en Sociologie, Paris, EHESS.

Gregory A. et Windebank J., 2000, *Women's Work in Britain and France: Practice, Theory and Policy*, London, Palgrave Macmillan.

Grémy François, 2002, « Sang contaminé : les renoncements et l'impéritie de l'Etat dans le domaine de la Santé publique, une longue tradition », *Santé Publique*, vol. 14, n° 2, p. 179-186.

Griffin Ann *et al.*, 2015, « Quality and impact of appraisal for revalidation: the perceptions of London's responsible officers and their appraisers », *BMC Medical Education*, vol. 15, p. 152-162.

Grignon Michel., Paris Valérie et Polton Dominique, 2002, « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, étude n°35, Credes.

Grignon Michel et Perronnin Marc, 2003, « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », *Questions d'économie de la santé*, n° 74, p. 1-6.

Grindrod Karen, 2015, « Management of stable chronic obstructive pulmonary disease », *British Journal Of Community Nursing*, vol. 20, n° 2, p. 58-64.

Grove Dominic et Hooper David J., 2011, « Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 17, n° 3, p. 493-502.

de Guibert-Lantoine Catherine et Leridon Henri, 1998, « La contraception en France. Un bilan après 30 ans de libéralisation », *Population*, vol. 53, n° 4, p. 785-811.

Guichard-Claudic Yvonne et Kergoat Danièle, 2007, « Le corps aux prises avec l'avancée en mixité: Introduction », *Cahiers du Genre*, vol. 42, n° 1, p. 5-18.

Guionnet Christine et Neveu Erik, 2009, *Féminins / Masculins : Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin.

Gürsoy Kadir, 2015, « Analyzing The United Kingdom Healthcare System: Lensing On Cancer Management In England. », *Sosyal Güvence*, vol. 1, n° 8, p. 119-143.

Guyard Laurence, 2008, *La médicalisation contemporaine du corps féminin: le cas de la consultation gynécologique*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

Hafferty F. et Franks R., 1994, « The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education: », *Academic Medicine*, vol. 69, n° 11, p. 861-71.

Hafferty Frederic W., 1998, « Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum », *Academic Medicine*, vol. 73, n° 4, p. 403-407.

Haines Michael R., 1989, « Social Class Differentials During Fertility Decline: England and Wales Revisited », *Population Studies*, vol. 43, n° 2, p. 305-323.

Halfmann Drew, 2003, « Historical Priorities and the Responses of Doctors' Associations to Abortion Reform Proposals in Britain and the United States, 1960—1973 », *Social Problems*, vol. 50, n° 4, p. 567-591.

Halfmann Drew, 2005, « Medicalization and Demedicalization of Abortion in the United States and Britain, 1861-Present », *Conference Papers -- American Sociological Association, American Sociological Association*, p. 1-20.

Ham Christopher, 2004, *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service, 5th Edition*. London, Palgrave Macmillan.

Hancock J., 2004, « Can mainstream services learn from male only sexual health pilot projects? », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, n° 6, p. 484-487.

Harris Ruth, 1989, *Murders and madness: medicine, law, and society in the fin de siècle*, Oxford, Clarendon Press.

Harrison Stephen, 1998, « The politics of evidence-based politics in the UK », *Policy & Politics*, vol. 26, n° 1, p. 15-31.

Harrison Stephen et Ahmad Waqar I. U., 2000, « Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025 », *Sociology*, vol. 34, n° 1, p. 129-146.

Harrison Stephen et Lim Jennifer N. W., 2000, « Clinical governance and primary care in the English National Health Service: Some issues of organization and rules », *Critical Public Health*, vol. 10, n° 3, p. 321-329.

Harrison Stephen et Dowswell George, 2002, « Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say », *Sociology of Health & Illness*, vol. 24, n° 2, p. 208-226.

Harrison Stephen et McDonald Ruth, 2007, *The Politics of Healthcare in Britain*, London, SAGE.

Hartmann Laurence, Ulmann Philippe et Rochaix Lise, 2006, « L'accès aux soins de premier recours en Europe », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, p. 121-139.

Hassenteufel Patrick., 1997, *Les Médecins face à l'Etat: une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.

Hassenteufel Patrick et Pierru Frédéric, 2003, « De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie? », in de Kervasdoué Jean (dir.), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunot, p. 77-120.

Hassenteufel Patrick, 2005, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, p. 113-132.

Hassenteufel Patrick et Palier Bruno, 2005, « Les trompe-l'oeil de la « gouvernance » de l'assurance maladie: Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, vol. 1, n° 113, p. 13.

Hassenteufel Patrick, 2008, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, vol. 1, n° 18, p. 21-28.

Hassoun Danielle, 1993, « Rapport sur la pratique de l'IVG en France », *Actes du colloque des dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception*, p. 50-63.

Heinemann K., 2004, « Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents », *Human Reproduction*, vol. 20, n° 2, p. 549-556.

Henderson Jillian et Weisman, 2011, « Physician Gender Effects on Preventive Screening and Counseling: An Analysis of Male and Female Patients' Health Care Experiences », *Medical Care*, vol. 39, n° 12, p. 1281-1292.

Hérault Laurence, 2014, *La parenté transgenre*, Aix-Marseille, Presses universitaires de Provence.

Herd Pamela, Higgins Jenny, Sicinski Kamil et Merkurieva Irina, 2016, « The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life », *American Journal Of Public Health*, vol. 106, n° 3, p. 421-429.

Héritier Françoise, 1996, *Masculin-féminin*, Paris, Odile Jacob.

Héritier Françoise, 2002, *Masculin-féminin*, Paris, Odile Jacob.

Higgins Jenny A. et Smith Nicole K., 2016, « The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept », *The Journal of Sex Research*, vol. 53, n° 4-5, p. 417-456.

Hogg Christine, 1999, *Patients, Power and Politics: From Patients to Citizens*, London, SAGE Publications Ltd.

Holland Janet et Ramazanoglu C., 2004, *The Male in the Head: Young People, Heterosexuality and Power*, 2nd edition. London, The Tufnell Press.

How-Martyn Edith et Breed Mary, 1930, *The Birth Control Movement in England*, London, Sons & Danielsson.

Ientile-Yalenios Jocelyne, 2014, « Les conséquences de la résistance organisationnelle à l'institutionnalisation de l'évaluation sur les pratiques des acteurs : analyse à partir de la mise en place de l'évaluation individuelle à l'université française », *@GRH*, vol. 4, n° 9, p. 97-121.

de Irala Jokin, Osorio Alfonso, Carlos Silvia et Lopez-del Burgo Cristina, 2011, « Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers », *Contraception*, vol. 84, n° 6, p. 558-564.

Irvine Donald, 2006, « A short history of the General Medical Council », *Medical Education*, vol. 40, n° 3, p. 202-211.

Jackson Emily, 2000, « Abortion, Autonomy and Prenatal Diagnosis », *Social & Legal Studies*, vol. 9, n° 4, p. 467-494.

Jacobus Mary, Keller Evelyn Fox et Shuttleworth Sally, 2013 [première édition : 1990], *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*, London, Routledge.

Jacques Béatrice, 2000, « L'expérience de la maternité sous influence médicale », *Face à face. Regards sur la santé*, vol. , n° 2, en ligne : <http://faceaface.revues.org/551> [Consulté le : 31 mai 2016].

Jaisson Marie, 2002, « La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 143, p. 44-52.

Jami Alain, Saidj Samir, François-Purssell Irène et Saint-Lary Olivier, 2015, « Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés », *La Presse Médicale*, vol. 44, n° 4, Part 1, p. e92-e99.

Jami Irène et Simon Patrick, 2004, « De la paternité, de la maternité et du féminisme: Entretien avec Michèle Ferrand », *Mouvements*, vol. 31, n° 1, p. 45.

Jaspard Maryse, 2011, *Les violences contre les femmes*, Paris, La Découverte.

Jaunait Alexandre, 2003, « Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, vol. 11, n° 3, p. 59-79.

Jaunait Alexandre, 2005, *Comment pense l'institution médicale?: une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz.

Jebrak G., 2010, « Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 27, n° 1, p. 11-18.

Jewell David, 2005, « After Shipman: reforming the GMC — again », *British Journal of General Practice*, vol. 55, n° 511, p. 83-84.

Jobert Bruno, 1994, « Mobilisation politique et système de santé en France », in Jobert Bruno et Steffen Monika (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, p. 73-81.

Jonas Irène, 2010, « Psychologie évolutionniste, mixité et sexisme bienveillant », *Travail, genre et sociétés*, vol. 1, n° 23, p. 205-211.

Jones Martin, 2000, « Integrating family planning with genitourinary medicine: Developing an holistic sexual health clinic in Eastbourne », *British Journal of Family Planning*, vol. 26, n° 4, p. 221-224.

Jones Roger, Lamont Tara et Haines Andrew, 1995, « Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care », *British Medical Journal*, vol. 311, n° 7012, p. 1076-1080.

Jorm Christine et Kam Peter, 2004, « Does medical culture limit doctors' adoption of quality improvement? Lessons from Camelot », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 9, n° 4, p. 248-251.

Jowett S. M., Macleod J., Wilson S. et Hobbs F. D., 2000, « Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. », *British Journal of General Practice*, vol. 50, n° 454, p. 387-389.

Kambia-Chopin Bidénam, Perronnin Marc, Pierre Aurélie et Rochereau Thierry, 2008, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132, p. 1-4.

Kan Man Yee, Sullivan Oriel et Gershuny Jonathan, 2011, « Gender Convergence in Domestic Work: Discerning the Effects of Interactional and Institutional Barriers from Large-scale Data », *Sociology*, vol. 45, n° 2, p. 234-251.

Kane Penny, 2002, « The Simon Population Trust: a brief history », *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 28, n° 2, p. 1-12.

Kane Roslyn et Wellings Kaye, 1999, « Integrated sexual health services: The views of medical professionals », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 1, n° 2, p. 131-145.

Karle Hans, 2006, « Global Standards and Accreditation in Medical Education: A View from the WFME: », *Academic Medicine*, vol. 81, Supplement, p. S43-S48.

Kelly Kimberly, 2014, « The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis », *Social Science & Medicine*, vol. 102, p. 18-25.

Kennedy K. I. et Visness C. M., 1992, « Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea », *The Lancet*, vol. 339, n° 8787, p. 227-230.

Kenny T. *et al.*, 1998, « A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. », *Family Practice*, vol. 15, n° 5, p. 471-479.

Keogh Bruce *et al.*, 2004, « The legacy of Bristol: public disclosure of individual surgeons' results », *British Medical Journal*, vol. 329, n° 7463, p. 450-454.

- Kergoat Danièle, 1982, *Les ouvrières*, Paris, Le Sycomore.
- Kergoat Danièle, 1992, « A propos des rapports sociaux de sexe », *Revue M*, vol. 53-54, p. 16-20.
- Kergoat Danièle, 2000, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », in Hirata H.S. *et al.* (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, p. 35-44.
- Kergoat Danièle, 2010, « Le rapport social de sexe: de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion », in Bidet-Mordrel A. (dir.), *Les rapports sociaux de sexe*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 60-75.
- Kerleau Monique, 1998, « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n° 4, p. 5-34.
- Kerridge Tony, Pörsken Julie et Robotham Sarah, 2003, *Views on vasectomy: the male perspective*, Londres, Marie Stopes International.
- King Derek et Maynard Alan, 1999, « Public opinion and rationing in the United Kingdom », *Health Policy*, vol. 50, n° 1-2, p. 39-53.
- Klein Rudolf, 1995, *The New Politics of the NHS*, London, Longman.
- Klejman Laurence et Rochefort Florence, 1989, *L'Égalité en marche: le féminisme sous la Troisième République*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Knibiehler Yvonne et Marand-Fouquet Catherine, 1977, *Histoire des mères du Moyen-âge à nos jours*, Paris, Ed. Montalba.
- Knibiehler Yvonne et Marand-Fouquet Catherine, 1983, *La femme et les médecins: analyse historique*, Paris, Hachette.
- Kohlberg Lawrence, 1966, « A Cognitive-Developmental Analysis of Children's Sex-role Concepts and Attitudes », in Maccoby E. (dir.), *The Development of Sex Differences*, Stanford University Press.
- Kohler-Riessman Catherine, 2005, « Women and medicalization. A new perspective. », *Sexualities, Evolution and Gender*, vol. 7, n° 3, p. 46-63.
- Koster-Oyekan Winny, 1998, « Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province », *Social Science & Medicine*, vol. 46, n° 10, p. 1303-1312.
- Kouchner Claude, Laude Anne et Tabuteau Didier, 2009, *Rapport sur les droits des malades 2007-2008*, Rennes, Éditions de l'EHESP.

Koven Seth et Michel Sonya, 1990, « Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States, 1880-1920 », *The American Historical Review*, vol. 95, n° 4, p. 1076-1108.

Kreis Julia et Schmidt Harald, 2013, « Public engagement in health technology assessment and coverage decisions: a study of experiences in France, Germany, and the United Kingdom », *Journal Of Health Politics, Policy And Law*, vol. 38, n° 1, p. 89-122.

Kuhlmann Sabine, 2010, « Performance Measurement in European local governments: a comparative analysis of reform experiences in Great Britain, France, Sweden and Germany », *International Review of Administrative Sciences*, vol. 76, n° 2, p. 331-345.

Kumar Usha, Baraitser Paula, Morton Sheila et Massil Helen, 2004, « Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 30, n° 1, p. 51-54.

Kunst Anton E., Groenhof Feikje et Mackenbach Johan P., 2000, « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », in Fassin Didier *et. al.* (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 53-68.

Lagroye Jacques, François Bastien et Sawicki Frédéric, 2006, *Sociologie politique*, Paris, Les Presses de Sciences Po.

Lagroye Jacques et Offerlé Michel (dir.), 2010, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin.

Landes Joan B., 1988, *Women and the public sphere in the age of the French Revolution*, Ithaca, Cornell University Press.

Landry Evelyn et Ward Victoria, 1997, « Perspectives from couples on the vasectomy decision: a six-country study », in World Health Organization, *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*, London, Reproductive Health Matters, p. 58-67.

Langford C. M., 1991, « Birth Control Practice in Great Britain: A Review of the Evidence from Cross-Sectional Surveys », *Population Studies*, vol. 45, p. 49-58.

Lanier David C, Roland Martin, Burstin Helen et Knottnerus J André, 2003, « Doctor performance and public accountability », *The Lancet*, vol. 362, n° 9393, p. 1404-1408.

Lapeyre Nathalie et Le Feuvre Nicky, 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 59-81.

Lapeyre Nathalie et Robelet Magali, 2007, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, vol. 1, n° 14, p. 19-30.

Laplace L., Kamendje B., Nizard J., Coz J. M., *et al.*, 2002, « Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90 », *Santé Publique*, vol. 14, n° 1, p. 47-56.

Laqueur Thomas, 1992, *La Fabrique du sexe: Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard.

Larkin Gerry, 1995, « State control and Health professions in the United Kingdom. Historical perspectives. », in Johnson T., Larkin G. et Saks M.(dir.), *Health Professions and the State in Europe*, London, Taylor & Francis, p. 45-54.

Lascoumes Pierre, 2003, « L'usager, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 1, n° 1, p. 59-70.

Lascoumes Pierre, 2007, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile », *Politiques et Management public*, vol. 25, n° 2, p. 129-144.

Lascoumes Pierre, 2009, « Les compromis parlementaires, combinaisons de surpolitisation et de sous-politisation », *Revue française de science politique*, vol. 59, n° 3, p. 455-478.

Latham Melanie, 2002, *Regulating Reproduction: A Century of Conflict in Britain and France*, Manchester, Manchester University Press.

Laufer Jacqueline et Rogerat Chantal, 2001, « Lucien Neuwirth, la bataille de la contraception », *Travail, genre et sociétés*, vol. 6, n° 2, p. 5-15.

Laure Patrick et Trépos Jean-Yves, 2006, « Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes », *Santé Publique*, vol. 18, n° 4, p. 573-584.

Lavigne Chantal et Giami Alain, 1993, « La stérilisation des femmes handicapées mentales et le «consentement libre et éclairé» », *Revue de médecine psychosomatique*, vol. 34, n° 35, p. 35-46.

Le Danois A. *et al.*, 1982, « A propos de 272 vasectomies », *Le Collège Médical*, vol. 104, p. 5907-5921.

Le Danois A., Bourget F. et Bourmeau A., 1983, « L'expérience nantaise de la vasectomie: analyse d'une série de 272 vasectomies. Les suites médicales et psychosexuelles », *Contraception Fertilité Sexualité*, vol. 11, p. 435-438.

Le Feuvre Nicky (dir.), 2001, *Le genre : de la catégorisation des sexes*, n° spécial d'UTINAM, *Revue de sociologie et d'anthropologie*, n°5.

Le Feuvre Nicky, 2003, « Le genre comme outil d'analyse sociologique », in Fougeyrollas-Schwebel, D., Planté C. et Riot-Sarcey M. (dir.), *Le genre comme catégorie d'analyse: sociologie, histoire, littérature*, Paris, L'Harmattan, p. 39-52.

Le Galès Patrick, Scott Alan et Jacobs Amy, 2010, « A British Bureaucratic Revolution? Autonomy Without Control, or "Freer Markets, More Rules" », *Revue française de sociologie*, vol. 51, p. 117-143.

Le Guen Mireille, Ventola Cécile, Bohet Aline, Moreau Caroline et Bajos Nathalie, 2015, « Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning », *Contraception*, vol. 92, n° 1, p. 46-54.

Lemieux Vincent, 2002, *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Le Naour Jean-Yves et Valenti Catherine, 2003, *Histoire de l'avortement: XIXe-XXe siècle*, Paris, Le Seuil.

Le Noc Y. *et al.*, 1999, « La stérilisation masculine à but contraceptif », *Actes des 13es Journées nationales d'étude sur l'avortement et la contraception - 27 et 28 novembre 1995*, Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), p. 15-26.

Leathard Audrey, 1980, *The Fight for Family Planning*, London, Palgrave Macmillan.

Leclerc Annette, Lert France et Fabien Cécile, 1990, « Differential Mortality: Some Comparisons between England and Wales, Finland and France, Based on Inequality Measures », *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, n° 4, p. 1001-1010.

Leclerc Annette, Chastang Jean-François, Menvielle Gwenn et Luce Danièle, 2006, « Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: Have they widened in recent decades? », *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 8, p. 2035-2045.

Leclerc Annette, Kaminski Monique et Lang Thierry, 2008, *Inégaux face à la santé: du constat à l'action*, Paris, La Découverte.

Lee Ellie, 2003, « Tensions in the Regulation of Abortion in Britain », *Journal of Law and Society*, vol. 30, n° 4, p. 532-553.

Lee-Potter Jeremy, 1997, *A Damn Bad Business: The NHS Deformed*, London, Gollancz.

Lefebvre Rémi, 2010, « Se conformer à son rôle. Les ressorts de l'intériorisation institutionnelle. », in Lagroye Jacques et Offerlé Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, p. 219-247.

Lempp Heidi et Seale Clive, 2004, « The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching », *British Medical Journal*, vol. 329, n° 7469, p. 770-773.

Lendaro Annalisa, 2013, « Revisiter l'analyse sociétale aujourd'hui », *Terrains & travaux*, vol. 2, n° 21, p. 109-124.

Lenz Matthias, Kasper Jürgen et Mühlhauser Ingrid, 2009, « Development of a patient decision aid for prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes -- rationale, design and pilot testing », *Psychosocial Medicine*, vol. 6, p. 1-12.

Léridon Henri (dir.), 1987, *La Seconde révolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, INED.

Levasseur Gwénola, Bagot C. et Honnorat C., 2005, « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne », *Santé Publique*, vol. 17, n° 1, p. 109-119.

Lévi-Strauss Claude, 1949, *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris, Presses universitaires de France.

Levy Claude et Henry Louis, 1960, « Ducs et pairs sous l'Ancien Régime. Caractéristiques démographiques d'une caste », *Population*, vol. 15, n° 5, p. 807-830.

Lévy Danièle et Allemand Hélène, 2005, « L'évolution de la densité médicale dans les communes des départements ruraux depuis 60 ans », *Courrier des statistiques*, n° 116, p. 7-8.

Lévy Danièle, 2011, « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, p. 297-309.

Lewin Kurt, 1943, « Forces behind food habits and methods of change », *Bulletin of the national Research Council*, vol. 108, n°1043, p. 35-65.

Lewis Jane, 1979, « The ideology and politics of birth control in inter-war England », *Women's Studies International Quarterly*, vol. 2, n° 1, p. 33-48.

Lewis Penney, 2011, « Legal Change on Contraceptive Sterilisation », *The Journal of Legal History*, vol. 32, n° 3, p. 295-317.

Light Donald W., 2003, « Universal Health Care: Lessons From the British Experience », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 1, p. 25-30.

Lima Léa, 2004, « Prendre en compte la mise en œuvre de l'action publique dans la comparaison. », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 11, n° 3, p. 435-455.

Litva Andrea et Peters Sarah, 2008, « Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education », *Medical Education*, vol. 42, n° 3, p. 309-314.

Liu Peter Y. et McLachlan Robert I., 2008, « Male Hormonal Contraception: So Near and Yet So Far », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 93, n° 7, p. 2474-2476.

Lombrail Pierre, Lang Thierry et Pascal Jean, 2004, « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 3, n° 2, p. 61-71.

Lombrail Pierre et Pascal Jean, 2005, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, vol. 8, n° 3, p. 31-39.

Loriol Marc, 2003, « Hygiène contre Panacée : Les blocages de la santé publique en France », *Humanisme et entreprise*, n° 257, p. 17-40.

Löwy Ilana, 2000, « Assistance médicale à la procréation (AMP) et traitement de la stérilité masculine en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 18, n° 4, p. 75-104.

Löwy Ilana, 2005, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? : Le *Women Health Movement* et les transformations de la médecine aux États-Unis », *Travail, genre et sociétés*, vol. 14, n° 2, p. 89-108.

Löwy Ilana, 2006, *L'emprise du genre : Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute.

Löwy Ilana et Marry Catherine, 2007, *Pour en finir avec la domination masculine: de A à Z*, Paris, *Les Empêcheurs de penser en rond*.

Luker Karen, Austin Lynn, Willock Jane, Ferguson Brian, *et al.*, 1997, « Nurses' and GPs' views of the nurse prescribers' formulary », *Nursing Standard*, vol. 11, n° 22, p. 33-38.

Macintyre Sally, 1997, « The black report and beyond what are the issues? », *Social Science & Medicine*, vol. 44, n° 6, p. 723-745.

Mackenbach Johan P et Bakker Martijntje J, 2003, « Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences », *The Lancet*, vol. 362, p. 1409-1414.

Magarick R. H. et Brown R. A., 1981, « Social and Emotional Aspects of Voluntary Childlessness in Vasectomized Childless Men », *Journal of Biosocial Science*, vol. 13, n° 2, p. 157-167.

Maher John, 1986, « The Development of English as an International Language of Medicine », *Applied Linguistics*, vol. 7, n° 2, p. 206-218.

Maisonneuve Hervé *et al.*, 2009, « Continuing medical education and professional revalidation in Europe: Five case examples », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 29, n° 1, p. 58-62.

Major Brenda *et al.*, 2009, « Abortion and mental health: Evaluating the evidence », *American Psychologist*, vol. 64, n° 9, p. 863-890.

Marguet Laurie, 2014, « Les lois sur l'avortement (1975-2013) : une autonomie procréative en trompe-l'œil ? », *La Revue des droits de l'homme*. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux, n° 5. En ligne : <https://revdh.revues.org/731> [Consulté le : 28 juillet 2015].

Marié Romain, 2012, « Quel avenir pour les conseils régionaux en matière de politique de santé ? », *Droit social*, n° 2, p. 190-195.

Marro Cendrine, 2012, « Dépendance-indépendance à l'égard du genre », *Recherche et formation*, vol. 1, n° 69, p. 65-80.

Marry Catherine, Kieffer Annick, Brauns Hildegard et Steinmann Susanne, 1998, « France-Allemagne: inégales avancées des femmes: Évolutions comparées de l'éducation et de l'activité des femmes de 1971 à 1991 », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n° 2, p. 353-389.

Marry Catherine, 1998, « La comparaison France-Allemagne à l'épreuve des femmes », in Maruani Margaret (dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité: Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte, p. 71-82.

Martin C. W. *et al.*, 2000, « Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations », *Human Reproduction*, vol. 15, n° 3, p. 637-645.

Martin Emily, 2001, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.

Martin F., 2014, « Éducation thérapeutique et insuffisance respiratoire chronique », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 8, n° 6, p. 587-591.

Martin Graham P., 2008, « 'Ordinary people only': knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare », *Sociology of Health & Illness*, vol. 30, n° 1, p. 35-54.

Martin Graham P. et Finn Rachael, 2011, « Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams », *Sociology of Health & Illness*, vol. 33, n° 7, p. 1050-1065.

Maruani Margaret, Marry Catherine et Laufer Jacqueline, 2001, *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France.

Mason Anne et Smith Peter C., 2006a, « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue française des affaires sociales*, vol. n° 2-3, n° 2, p. 265-284.

Mason Anne et Smith Peter C., 2006b, « Regulation and relations between the different participants in the English health care system », *Revue française des affaires sociales*, vol. 6, n° 6, p. 253-270.

Massin Sophie *et al.*, 2014, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Etudes et résultats*, DRESS, n° 873.

Mathieu Marie et Ruault Lucile, 2014, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, vol. 107, n° 3, p. 33-59.

Mathieu Nicole-Claude, 2000, « Sexe et genre », in Hirata Helena, Laborie Françoise, Le Doaré Hélène, Senotier Danièle (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 191-200.

Matthiesson K. L., 2006, « Male hormonal contraception: concept proven, product in sight? », *Human Reproduction Update*, vol. 12, n° 4, p. 463-482.

Maudet Gwénaëlle, 2002, « La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, p. 95.

Maurice Marc, Sellier François et Silvestre Jean-Jacques, 1982, *Politique d'éducation et organisation industrielle en France et en Allemagne: essai d'analyse sociétale*, Paris, Presses universitaires de France.

Maurice Marc, 1989, « Méthode comparative et analyse sociétale: Les implications théoriques des comparaisons internationales », *Sociologie du Travail*, vol. 31, n° 2, p. 175-191.

Maurice Marc, Sellier François et Silvestre Jean-Jacques, 1992, « Analyse sociétale et cultures nationales: Réponse à Philippe d'Iribarne », *Revue française de sociologie*, vol. 33, n° 1, p. 75-86.

Maurice Marc, 2003, « Note critique: À propos de comparaisons internationales et d'interdisciplinarité : questions théoriques et méthodologiques », *Sociologie du travail*, vol. 45, p. 267-284.

Mazuy Magali, 2009, « Avoir un enfant : être prêts ensemble? », *Revue des sciences sociales*, n° 41, p. 30-41.

McCance Kirsty et Cameron Sharon, 2014, « Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting reversible contraception: a qualitative study », *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 40, n° 3, p. 177-183.

McCann Carole R., 1999, *Birth Control Politics in the United States, 1916-1945*, Ithaca, Cornell University Press.

McDonald Catherine, 2006, *Challenging Social Work: The Institutional Context of Practice*, London, Palgrave Macmillan.

McDonald Ruth, 2009, « Market reforms in English primary medical care: medicine, habitus and the public sphere », *Sociology of health and illness*, vol. 31, n° 5, p. 659-672.

Mcdowell Linda, 2005, « Les espaces de la masculinité : Les hommes et les garçons au travail », *Géographie et cultures*, n° 54, p. 103-120.

McEwan John, Newton John, Yates-Bell Andrew et Hoy Jane, 1974, « Hospital family planning: A vasectomy service », *Contraception*, vol. 9, n° 2, p. 177-192.

McIntosh Tania, 2000, « “An abortionist city”: maternal mortality, abortion, and birth control in Sheffield, 1920–1940 », *Medical History*, vol. 44, n° 1, p. 75–96.

McKay Jim et Laberge Suzanne, 2006, « Sport et masculinités », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 23, p. 239-267.

McLaren Angus, 1983, *Sexuality and social order: the debate over the fertility of women and workers in France, 1770-1920*, New York, Holmes and Meier.

McLaren Angus, 1992, *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day*, Oxford, Blackwell.

Mead Margaret, 1935, *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*, New-York, HarperCollins.

Mead Margaret, 1963, *Moeurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon.

Memmi Dominique, 1996, *Les gardiens du corps : Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, EHESS.

Memmi Dominique, 2003, *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

Memmi Sarah et Desgrées du Loû Annabel, 2015, « Rapports de genre et pratiques contraceptives au sein des couples palestiniens », *Population*, vol. 70, n° 2, p. 295-330.

Mendy Angèle Flora, 2014, « La carrière du médecin africain en Europe: être médecin avec un diplôme africain au Royaume-Uni, en France et en Suisse », *Swiss Journal of Sociology*, vol. 40, n° 1, p. 57-77.

Meron Monique et Silvera Rachel, 2004, « Retraites : inégalités en tout genre », *Travail, genre et sociétés*, vol. 12, n° 2, p. 213-224.

Mesnil Marie, 2015, *Repenser le droit de la reproduction au prisme du projet parental*, Thèse de doctorat en droit, Paris, Université Paris Descartes.

Mesnil Marie, 2016, « Focus : Droit à l'information : des spécifications qui visent une application effective », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 1, n° 50, p. 11-21.

Meulders Danièle, Plasman Robert et Rycx François, 2005, « Les inégalités salariales de genre : expliquer l'injustifiable ou justifier l'inexplicable », *Reflets et perspectives de la vie économique*, vol. 2, Tome XLIV, p. 95-107.

Meyer Jean, 1977, « Limitation des naissances en France à l'époque moderne », *Histoire sociale/Social History*, vol. 10, n° 20, p. 249-276.

Micklewright F. H. Amphlett, 1961, « The rise and decline of english neo-Malthusianism », *Population Studies*, vol. 15, n° 1, p. 32-51.

Migaud Didier, Tabuteau Didier et Riboulet Mathieu, 2013, « Une part majoritaire de la dette sociale provient de l'assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, vol. 40, n° 3, p. 85-89.

Milewa Timothy, Harrison Stephen, Ahmad Waqar et Tovey Philip, 2002, « Citizens' participation in primary healthcare planning: Innovative citizenship practice in empirical perspective », *Critical Public Health*, vol. 12, n° 1, p. 39-53.

Milewa Timothy, 2004, « Local Participatory Democracy in Britain's Health Service: Innovation or Fragmentation of a Universal Citizenship? », *Social Policy & Administration*, vol. 38, n° 3, p. 240-252.

Mockford Carole, Staniszewska Sophie, Griffiths Frances et Herron-Marx Sandra, 2012, « The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 24, n° 1, p. 28-38.

Molinier Pascale, 2002, « Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail », *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 31, n° 4, p. 565-580.

Moore Jane, 2008, « Survey of service user involvement in clinical audit », *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 13, n° 3, p. 192-199.

Moreau Caroline, Bajos Nathalie et Bouyer Jean, 2004, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, vol. 59, n° 3, p. 503-518.

Moreau Caroline, Bohet Aline, Hassoun Danielle, Ringa Virginie et Bajos Nathalie, 2014, « IUD use in France: women's and physician's perspectives », *Contraception*, vol. 89, n° 1, p. 9-16.

Moreau Marie-Pierre, 2009, *Comparer pour comprendre: la différenciation sexuée des parcours professionnels et familiaux des enseignant-e-s du second degré en France et en Angleterre*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Toulouse 2, London Metropolitan University.

Moscucci Ornella, 1993, *The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1929*, Cambridge, Cambridge University Press.

Mossuz Janine, 1966, « La régulation des naissances : les aspects politiques du débat », *Revue française de science politique*, vol. 16, n° 5, p. 913-939.

Mossuz-Lavau Janine, 2002, *Les lois de l'amour: les politiques de la sexualité en France*, Paris, Payot.

Mousquès Julien, Renaud Thomas et Sermet Catherine, 2001, « La variabilité des pratiques médicales en médecine générale: le cas de l'hyperlipidémie », *Questions d'économie de la santé*, n° 42, p. 1-6.

Mousquès Julien, Renaud Thomas et Scemama Olivier, 2003, « Variabilité des pratiques médicales en médecine générale: la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë », *Questions d'économie de la santé*, n° 70, p. 1-6.

Muller Pierre, 2011, *Les politiques publiques*, « Que sais-je ? » n° 2534, Paris, Presses Universitaires de France.

Murie Jill et Douglas-Scott Gerrie, 2004, « Developing an evidence base for patient and public involvement », *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 9, n° 3, p. 147-154.

Naïditch Michel et Letourmy Alain, 2009, « L'émergence de la démocratie sanitaire en France », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 8, n° 2, p. 15-22.

Nathanson Constance A., 2007, « The Contingent Power of Experts: Public Health Policy in the United States, Britain, and France », *Journal of Policy History*, vol. 19, n° 1, p. 71-94.

Nearns Jodi, 2009, « Health insurance coverage and prescription contraceptive use among young women at risk for unintended pregnancy », *Contraception*, vol. 79, n° 2, p. 105-110.

Neylon Julie, 2015, « Nurse-led management of chronic disease in a residential care setting », *Nursing Older People*, vol. 27, n° 9, p. 22-26.

Neyrand Gérard, 2003, « L'évolution du regard sur la relation parentale : l'exemple de la France », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 1, p. 27.

Nieschlag Eberhard, 2011, « The struggle for male hormonal contraception », *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 25, n° 2, p. 369-375.

Nieschlag Eberhard, Kumar Narendra et Sitruk-Ware Régine, 2013, « 7 α -Methyl-19-nortestosterone (MENTR): the Population Council's contribution to research on male contraception and treatment of hypogonadism », *Contraception*, vol. 87, n° 3, p. 288-295.

Nivelon-Chevallier Annie, 2012, « La culture médicale et l'intervention précoce », *Contraste*, vol. 2, n° 27, p. 141-148.

Octobre Sylvie, 2010, « La socialisation culturelle sexuée des enfants au sein de la famille », *Cahiers du Genre*, vol. 49, n° 2, p. 55-76.

Oddens B. J., Visser A. Ph, Vemer H. M., Everaerd W. Th A. M., *et al.*, 1994, « Contraceptive use and attitudes in Great Britain », *Contraception*, vol. 49, n° 1, p. 73-86.

Offen Karen, 1984, « Depopulation, Nationalism, and Feminism in Fin-de-Siècle France », *The American Historical Review*, vol. 89, n° 3, p. 648-676.

Ogien Albert, 2001, « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue française des affaires sociales*, vol. 4, n° 4, p. 51-57.

Or Zeynep, Jusot Florence et Yilmaz Engin, 2009, « Inégalités de recours aux soins en Europe », *Revue économique*, vol. 60, n° 2, p. 521-543.

Ordioni Natacha, 2013, « La politique familiale à l'épreuve des stéréotypes de genre : une comparaison France, Royaume-Uni, Suède », *Observatoire de la société britannique*, n° 14, p. 119-140.

Osgood Charles E., Saporta Sol et Nunnally Jum C., 1956, « Evaluative assertion analysis », *Litera*, vol. 3, p. 47-102.

Oudshoorn Nelly, 1990a, « Endocrinologists and the conceptualization of sex, 1920-1940 », *Journal of the History of Biology*, vol. 23, n° 2, p. 163-186.

Oudshoorn Nelly, 1990b, « On the Making of Sex Hormones: Research Materials and the Production of Knowledge », *Social Studies of Science*, vol. 20, n° 1, p. 5-33.

Oudshoorn Nelly, 1994, *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*, London, Routledge.

Oudshoorn Nelly, 2003, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, Durham, Duke University Press.

Oudshoorn Nelly, 2010, « Technologies de la reproduction et identité des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine », in Dorlin Elsa et Fassin Eric (dir.), *Reproduire le genre*, Paris, Editions de la bibliothèque publique d'information/Centre Pompidou, p. 35-44.

Page Stephanie T., Amory John K. et Bremner William J., 2008, « Advances in Male Contraception », *Endocrine Reviews*, vol. 29, n° 4, p. 465-493.

Pailhé Ariane et Solaz Anne, 2007, « Inflexions des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance d'enfants », *Recherches et prévisions*, vol. 90, n°1, p. 5-16.

Palier Bruno, 2015, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

Palmer Raoul, Dourlen-Rollier Anne-Marie, Audebert Alain et Géraud Roger, 1981, *La Stérilisation volontaire en France et dans le monde*, Paris, Masson.

Paquin Stéphane, 2011, « Bouchard, Durkheim et la méthode comparative positive », *Politique et Sociétés*, vol. 30, n° 1, p. 57-74.

Parsons Judith *et al.*, 2013, « Evaluation of a community pharmacy delivered oral contraception service », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 39, n° 2, p. 97-101.

Parsons Talcott, 1991, *The Social System*, London, Routledge.

Passeron Jean-Claude et De Singly François, 1984, « Différences dans la différence : socialisation de classe et socialisation sexuelle », *Revue française de science politique*, vol. 34, n° 1, p. 48-78.

Pavard Bibia, 2006, « Une “guerre de 20 ans” : les luttes du Planning familial dans l'Express et Le Nouvel Observateur », in Bard Christine et Mossuz-Lavau Janine (dir.), *Le planning familial: histoire et mémoire, 1956-2006*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 119-126.

Pavard Bibia, 2009, « Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 29, p. 79-96.

Pavard Bibia, 2012a, « Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975) », *Sociétés contemporaines*, vol. 85, n° 1, p. 43-63.

Pavard Bibia, 2012b, *Si je veux, quand je veux : Contraception et avortement dans la société française*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Pavard Bibia, 2014, « De la salle à manger aux salons de la République. La place des réseaux féminins et masculins dans l'itinéraire de la cause contraceptive (1956-1967) », *Genre & Histoire*, n° 12-13. En ligne : <http://genrehistoire.revues.org/1830> [Consulté le : 8 juillet 2015].

Pavé Francis, 2012, « La dérégulation endogène du système français de médecine libérale », *Politiques et management public*, vol. 29, n° 2, p. 191-213.

Pearl David, 2015, « The Medical Practitioners Tribunal Service: Modernising fitness to practise adjudication », *Medico-Legal Journal*, vol. 83, n° 3, p. 128-135.

Pearson Steve, 2003, « Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 29, n° 4, p. 194-198.

Peck Edward, Gulliver Pauline et Towel David, 2002, « Information, consultation or control: User involvement in mental health services in England at the turn of the century », *Journal of mental health*, vol. 11, n° 4, p. 441-451.

Pedersen Jean Elisabeth, 1996, « Regulating Abortion and Birth Control: Gender, Medicine, and Republican Politics in France, 1870-1920 », *French Historical Studies*, vol. 19, n° 3, p. 673-698.

Peel John, 1964, « Contraception and the Medical Profession », *Population Studies*, vol. 18, n° 2, p. 133-145.

Pelletier-Fleury Nathalie, Vaillant Marc Le, Hebbrecht Gilles et Boissault Philippe, 2007, « Determinants of preventive services in general practice », *Health Policy*, vol. 81, n° 2, p. 218-227.

Pérvier Hélène, 2004, « Emploi des mères et garde des jeunes enfants en Europe », *Revue de l'OFCE*, vol. 3, n° 90, p. 225-258.

Perkins Rachel et Goddard Kim, 2004, « Reality out of the Rhetoric: Increasing User Involvement in a Mental Health Trust », *Mental Health Review Journal*, vol. 9, n° 1, p. 21-24.

Perrot Michelle, 1984, *Une Histoire des femmes est-elle possible ?*, Marseille, Rivages.

Perrot Michelle et Fraisse Geneviève (dir.), 1991, *Histoire des femmes en occident: Le XIXe siècle*, Plon. Paris.

Peters B. Guy, 2014, « Nouveau management public (new public management) », *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), p. 398-404.

Pfister Valérie, 2014, « Le refus de soins opposé aux bénéficiaires de l'AME et de la CMU par la médecine de ville : l'exemple lyonnais », *Droit Déontologie & Soins*, vol. 14, p. 490-515.

Pierce Rachel M. et Rowntree Griselda, 1961, « Birth Control in Britain Part II », *Population Studies*, vol. 15, n° 2, p. 121-160.

Pierru Frédéric, 2007, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les Tribunes de la santé*, vol. 14, n° 1, p. 73-83.

Pierru Frédéric, 2015, « Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? », *Empan*, vol. 3, n° 99, p. 38-45.

Pilotto Louis S., Duncan Geraldine F. et Anderson-Wurf Jane, 2007, « Issues for clinicians training international medical graduates : a systematic review », *Medical journal of Australia*, vol. 187, n° 4, p. 225-228.

Pinter B *et al.*, 2005, « Accessibility and availability of abortion in six European countries », *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 10, n°1, p. 51-58.

Piret Anne, Nizet Jean et Bourgeois E., 1996, *L'analyse structurale: Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.

Polton Dominique, 2009, « What is the role of the health care system in reducing health inequalities in France? », *Eurohealth*, vol. 15, n° 3, p. 19-21.

Pomey Marie-Pascale et Ghadi Véronique, 2009, « La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 8, n° 2, p. 53-61.

Porter Dorothy, 1999, « Eugenics and the Sterilization Debate in Sweden and Britain Before World War II », *Scandinavian Journal of History*, vol. 24, n° 2, p. 145-162.

Praz Anne-Françoise, Modak Marianne et Messant Françoise, 2011, « « Produire des enfants » aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 30, n° 1, p. 4-10.

Pringle Rosemary, 1998, *Sex and Medicine: Gender, Power and Authority in the Medical Profession*, Cambridge, Cambridge University Press.

Prosser Helen et Walley Tom, 2003, « Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study », *The British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 489, p. 305-311.

Puech Isabelle, 2005, « Le non-partage du travail domestique », in Maruani Margaret (dir.), *Femmes, genre et sociétés - L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 176-183.

Quénart Anne, 1989, « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, vol. 13, n° 4, p. 327-337.

Quéré Lucile, 2016, « Lutttes féministes autour du consentement », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35, n° 1, p. 32-47.

Ravelli Quentin, 2012, *La stratégie de la bactérie : biographie sociale d'une marchandise médicale*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 10.

Rawal N, Das G et Kishen M, 2005, « Assessment of contraceptive services in a maternity unit of a district general hospital in the UK », *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 25, n° 2, p. 179-181.

Raynaud Denis, 2003, « Impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Études et résultats*, DRESS, n° 229.

Reeves R. et Seccombe I., 2008, « Do patient surveys work? The influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 17, n° 6, p. 437-441.

Régnier-Loilier Arnaud, 2009, « L'arrivée d'un enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple? », *Population et sociétés*, n° 461.

Remaud Olivier, Schaub Jean-Frédéric et Thireau Isabelle (dir.), 2012, *Faire des sciences sociales*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Rhodes Maxine, 1996, *Municipal maternity services: policy and provision 1900-1939*, Thèse de doctorat en histoire, University of Hull.

Richards M. A., 2009, « The size of the prize for earlier diagnosis of cancer in England », *British Journal of Cancer*, vol. 101, n° 2, p. S125-S129.

Richardson Alison, Sitzia John et Cotterell Phil, 2005, « 'Working the system'. Achieving change through partnership working: an evaluation of cancer partnership groups », *Health Expectations*, vol. 8, n° 3, p. 210-220.

Ripley Melanie, Sullivan Deborah et Evans Jo, 2007, « The role of patient users in cancer genetics services in primary care », *Familial Cancer*, vol. 6, n° 2, p. 241-248.

Riska Elianne, 2009, « Gender and medicalization and biomedicalization theories », in Clarke Adele *et al.* (dir.), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Durham, Duke University Press, p. 147-172.

Robelet Magali, 2001, « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 2, p. 73-98.

Robert Glenn, Hardacre Jeanne, Locock Louise, Bate Paul, *et al.*, 2003, « Redesigning mental health services: lessons on user involvement from the Mental Health Collaborative », *Health Expectations*, vol. 6, n° 1, p. 60-71.

Robinson Gail Erlick, Stotland Nada L., Russo Nancy Felipe, Lang Joan A., *et al.*, 2009, « Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 17, n° 4, p. 268-290.

Rochaix Lise, 2004, « Les modes de rémunération des médecins », *Revue d'économie financière*, vol. 76, n° 3, p. 223-239.

Rochefort Florence, 1998, « À propos de la libre-disposition du salaire de la femme mariée, les ambiguïtés d'une loi (1907) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 7, p. 177-190.

Roland Martin *et al.*, 2009, « Reliability of patient responses in pay for performance schemes: analysis of national General Practitioner Patient Survey data in England », *British Medical Journal*, vol. 339, p. b3851.

Rolland Christine et Sicot François, 2012, « Les recommandations de bonne pratique en santé : Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n° 3, p. 53-75.

Rollet-Echalier Catherine *et al.*, 2014, « Préparer la naissance : une affaire de genre », *Politiques sociales et familiales*, vol. 116, n° 1, p. 5-14.

Ronsin Francis, 1980, *La Grève des ventres: propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité en France : XIXe-XXe siècles*, Paris, Aubier-Montaigne.

Roqueplo Philippe, 1974, *Le partage du savoir : science, culture, vulgarisation*, Paris, Le Seuil.

Rosman Sophia, 2010, « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », in Bloy Géraldine et Schweyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, p. 117-132.

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*, vol. 59, n° 3, p. 449.

Rouch Hélène, 2011, *Les corps, ces objets encombrants : contribution à la critique féministe des sciences*, Donnemarie-Dontilly, Éditions iXe.

Rousseau Renée, 1975, *Les femmes rouges: chronique des années Vermeersch*, Paris, Albin Michel.

Rouyer Véronique et Zaouche-Gaudron Chantal, 2006, « La socialisation des filles et des garçons au sein de la famille: enjeux pour le développement », in Dafflon Nouvelle Anne (dir.), *Filles-garçons : socialisation différenciée ?*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, p. 27-54.

Rouzaud-Cornabas Mylène, 2013, *La peur au ventre. L'accès et la prise en charge de l'IVG au prisme des réformes de santé*, Mémoire de Master 2, Lyon, Sciences Po Lyon.

Rowlands Sam, 2006, « The development of a nationwide central booking service for abortion », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 11, n° 3, p. 210-214.

Rowlands Sam, 2007, « More than one abortion », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 33, n° 3, p. 155-158.

Rowlands Sam, 2013, « The policing of abortion services in England », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, vol. 39, n° 2, p. 121-126.

Ruault Lucile, 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 34, n° 1, p. 35-50.

Russett Cynthia Eagle, 1989, *Sexual Science: The Victorian Constuction of Womanhood*, Cambridge, Harvard University Press.

Saint-Lary Olivier, Plu Isabelle et Naiditch Michel, 2011, « Adhérer ou pas au CAPI: de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, p. 180-209.

Salmon Debra et Ingram Jenny, 2008, *An Evaluation of Brook Sexual Health Outreach in Schools*, Bristol, University of the West of England.

Salter Brian, 2001, « Who rules? The new politics of medical regulation », *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 6, p. 871-883.

Saltman Richard B., 2008, « Decentralization, re-centralization and future European health policy », *The European Journal of Public Health*, vol. 18, n° 2, p. 104-106.

Samson Anne-Laure, 2009, « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 5, n° 1, p. 144-158.

Sauvy Alfred, 1960, « La prévention des naissances dans la famille : ses origines dans les temps modernes », *Population*, vol. 15, n° 1, p. 115-120.

Schade Charles P., Sullivan Frank M., Lusignan Simon de et Madeley Jean, 2006, « e-Prescribing, Efficiency, Quality: Lessons from the Computerization of UK Family Practice », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 13, n° 5, p. 470-475.

Schittly Marc, 1982, *Essai sur les médecins parlementaires en France de 1920 à 1940*, Thèse de doctorat en droit, Strasbourg, Université Robert Schuman.

Schoen Cathy, Osborn Robin, How Sabrina K. H., Doty Michelle M., *et al.*, 2009, « In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008 », *Health Affairs*, vol. 28, n° 1, p. w1-w16.

Schweyer François-Xavier, 1996, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 3, p. 67-102.

Scott Joan, 1988, « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique », *Les Cahiers du GRIF*, vol. 37, n° 1, p. 125-153.

Scott Joan, 2010, « Fantômes du millénaire : le futur du « genre » au XXI^e siècle », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 32, p. 89-117.

Séchet Raymonde et Vasilcu Despina, 2012, « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Noroi. Environnement, aménagement, société*, vol. 2, n° 223, p. 63-76.

Senn A., 2007, « La consultation d'annonce en Grande-Bretagne : quelle stratégie pour le National Health Service ? », *Oncologie*, vol. 9, n° 10, p. 721-725.

Setbon M., 2000, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, p. 51-68.

Sevegrand Martine, 1995, *Les enfants du bon Dieu: les catholiques français et la procréation au XX^e siècle*, Paris, A. Michel.

Shawe Jill et Ineichen Bernard, 2000, « Using a youth cafe to provide contraceptive services », *Primary Health Care*, vol. 10, n° 5, p. 37-41.

Sheldon Sally, 1997, *Beyond Control: Medical Power and Abortion Law*, London, Pluto.

Shih Grace, Dubé Kate, Sheinbein Miriam, Borrero Sonya, *et al.*, 2013, « He's a Real Man A Qualitative Study of the Social Context of Couples' Vasectomy Decisions Among a Racially Diverse Population », *American Journal of Men's Health*, vol. 7, n° 3, p. 206-213.

Sibbald Bonnie, 2010, « Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3, p. 35-47.

Silva Nicolas da, 2013, « Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale », *Revue du MAUSS*, vol. 41, n° 1, p. 93-108.

Simms Madeleine, 1978, « Parliament and birth control in the 1920s. », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 28, n° 187, p. 83-88.

Sivell Stephanie *et al.*, 2012, « E-Health: Increasing readiness to decide and strengthening behavioral intentions: Evaluating the impact of a web-based patient decision aid for breast cancer treatment options (BresDex: www.bresdex.com) », *Patient Education and Counseling*, vol. 88, p. 209-217.

Sohn Anne-Marie, 1996, *Du premier baiser à l'alcôve: la sexualité des Français au quotidien*, Paris, Aubier.

Soloway Richard A., 1990, *Demography and degeneration: eugenics and the declining birthrate in twentieth-century Britain*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.

Sonn Richard David, 2005, « "Your body is yours": Anarchism, Birth Control, and Eugenics in Interwar France », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 14, n° 4, p. 415-432.

Spencer Brenda, 1978, « How men come to hear about vasectomy: evidence from a Manchester clinic in the UK », *International Journal Of Health Education*, vol. 21, n° 2, p. 112-115.

Spencer Brenda, 1999, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n° 1, p. 29-33.

Spencer Brenda, 2012, « La contraception pour les hommes — une cause perdue ? », *Andrologie*, vol. 22, n° 3, p. 205-210.

Steffen Monika, 1987, « Les médecins et l'Etat en France », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 3, p. 19-39.

Steffen Monika, 2004, « La comparaison internationale comme révélateur des apprentissages institutionnels. », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 11, n° 3, p. 389-411.

Steiner Markus J., Dominik Rosalie, Rountree R. Wesley, Nanda Kavita, *et al.*, 2003, « Contraceptive effectiveness of a polyurethane condom and a latex condom: A randomized controlled trial », *Obstetrics and gynecology*, vol. 101, n° 3, p. 539-547.

Stenson Donagh, 2010, « Commissioning abortion and sexual health services », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 24, n° 5, p. 555-567.

Strauss Anselm et Corbin Juliet M., 1990, *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Stubbs Esther et Schamp Adrianna, 2008, « The evidence is in. Why are IUDs still out? : Family physicians' perceptions of risk and indications », *Canadian family physician*, vol. 54, n° 4, p. 560-566.

Sutter Jean et Fabre Henri, 1966, « Opinion médicale sur la contraception et l'avortement. Essai d'enquête en douze pays », *Population*, vol. 21, n° 1, p. 51-74.

Szasz TS et Hollender MH, 1956, « A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship », *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, vol. 97, n° 5, p. 585-592.

Szreter Simon, 1996, *Fertility, Class and Gender in Britain, 1860-1940*, Cambridge, Cambridge University Press.

Szreter Simon et Fisher Kate, 2010, *Sex Before the Sexual Revolution: Intimate Life in England 1918-1963*, Cambridge, Cambridge University Press.

Tabet Paola, 1985, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », in Mathieu Nicole-Claude (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Editions de l'École des hautes études en sciences sociales, p. 61-141.

Tabuteau Didier, 2003, « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 1, n° 1, p. 34-46.

Tabuteau Didier, 2006, *Les contes de Ségur : Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, Ophrys.

Tabuteau Didier, 2007, « La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 16, n° 3, p. 87-103.

Tabuteau Didier, 2008, « La décision en santé », *Santé Publique*, vol. 20, n° 4, p. 297-312.

Tabuteau Didier, 2010a, « Loi «Hôpital, patients, santé et territoires» (HPST): des interrogations pour demain ! », *Santé Publique*, vol. 22, n° 1, p. 78-90.

Tabuteau Didier, 2010b, « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 26, n° 1, p. 103-121.

Tabuteau Didier, 2011, « L'assurance maladie dans la tourmente économique et politique (2007-2011) », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 32, n° 3, p. 77-88.

Tabuteau Didier, 2013, *Démocratie sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.

Tabuteau Didier, 2014, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », *Les Tribunes de la santé*, vol. 41, n° 4, p. 37-55.

Takeshita Chikako, 2012, *The Global Biopolitics of the IUD: How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies*, Cambridge, MIT Press.

Takian Amirhossein et Cornford Tony, 2012, « NHS information: Revolution or evolution? », *Health Policy and Technology*, vol. 1, n° 4, p. 193-198.

Taylor Helen, 2014, « Promoting a patient's right to autonomy: implications for primary healthcare practitioners. Part 1 », *Primary Health Care*, vol. 24, n° 2, p. 36-41.

Terry Gareth et Braun Virginia, 2011a, « 'I'm committed to her and the family': positive accounts of vasectomy among New Zealand men », *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, vol. 29, n° 3, p. 276-291.

Terry Gareth et Braun Virginia, 2011b, « 'It's kind of me taking responsibility for these things': Men, vasectomy and 'contraceptive economies' », *Feminism & Psychology*, vol. 21, n° 4, p. 477-495.

Thiery Michel, 2000, « Intrauterine contraception: from silver ring to intrauterine contraceptive implant », *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 90, n° 2, p. 145-152.

Thomé Cécile, 2016, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », *Sociétés contemporaines*, vol. 4, n° 104, p. 67-94.

Thomson Mathew, 1998, *The problem of mental deficiency: eugenics, democracy, and social policy in Britain c.1870-1959*, Oxford, Oxford University Press.

Thouvenin Dominique, 2000, « Les avatars de l'article 16-3, alinéa 1er, du Code civil », *Dalloz*, p. 485.

Touboul Annelise et Vercher Elizabeth, 2008, « Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts », *tic&société*, vol. 2, n° 1. En ligne : <https://ticetsociete.revues.org/378?lang=en> [Consulté le : 18 décembre 2015].

Toulemon Laurent et Leridon Henri, 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, vol. 47, n° 1, p. 1-45.

Trent James W., 1993, « To Cut and Control: Institutional Preservation and the Sterilization of Mentally Retarded People in the United States, 1892–1947 », *Journal of Historical Sociology*, vol. 6, n° 1, p. 56-73.

Truc G r me, 2006, « La paternité en Maternité », *Ethnologie française*, vol. 36, né 2, p. 341-349.

Tubiana-Rufi Nadia, 2009, «  ducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique : Education thérapeutique », *La Presse Médicale*, vol. 38, né 12, p. 1805-1813.

Vega Anne, 2012, « Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, né 3, p. 71-102.

Vialla François, 2013, « La transidentité : une jurisprudence en “ quilibre instable” », *Médecine & Droit*, vol. 2013, né 121, p. 105-111.

Vidal Catherine, 2013a, « 43. Neurosexisme et société », in Maruani Margaret (dir.), *Travail et genre dans le monde*, Paris, La Découverte, p. 446-464.

Vidal Catherine, 2013b, « Le genre à l'épreuve des neurosciences », *Recherches féministes*, vol. 26, né 2, p. 183-191.

Viennot Eliane, 2014, *Non, le masculin ne l'emporte pas sur le féminin !*, Donnemarie-Dontilly, Editions IXE.

Vigour Cécile, 2005, *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte.

Vinot Didier, 2000, « Les conférences régionales de santé, ou la politique régionale de santé publique désarmée », *Actualité et dossiers en Santé Publique*, vol. 33, p. 37-39.

Visier Laurent, 2011, « Vingt ans d'enseignement des sciences humaines et sociales dans les études médicales en France », *Bioethica Forum*, vol. 4, né 4, p. 143-148.

Wadsworth J., Field J., Johnson A. M., Bradshaw S., *et al.*, 1993, « Methodology of the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles », *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, vol. 156, né 3, p. 407-421.

Waechter-Larrondo Virginie, 2005, « Plaidoyer pour le bricolage et l'enracinement des méthodes d'enquête dans le terrain. L'exemple d'une recherche sur le changement dans les services publics locaux », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, vol. 88, n° 1, p. 31-50.

Walker Zoe *et al.*, 2002, « Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7363, p. 524-527.

van de Walle Etienne et Muhsam Helmut V., 1995, « Fatal Secrets and the French Fertility Transition », *Population and Development Review*, vol. 21, n° 2, p. 261-279.

Walley T et Mantgani A, 1997, « The UK General Practice Research Database », *The Lancet*, vol. 350, n° 9084, p. 1097-1099.

Walsh Terri L. *et al.*, 2004, « Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials », *Contraception*, vol. 70, n° 5, p. 407-413.

Watson C., 1952, « Birth Control and Abortion in France since 1939 », *Population Studies*, vol. 5, n° 3, p. 261-286.

Webster Charles, 2002, *The National Health Service: A Political History*, Oxford, Oxford University Press.

Weisz George, 1995, *The medical mandarins: the French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*, Oxford, Oxford University Press.

Werner Michael et Zimmermann Bénédicte, 2003, « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 1, 58e année, p. 7-36.

West Candace et Zimmerman Don H., 1987, « Doing Gender », *Gender & Society*, vol. 1, n° 2, p. 125-151.

White Alan et Cash Keith, 2004, « The state of men's health in Western Europe », *The journal of men's health & gender*, vol. 1, n° 1, p. 60-66.

Whitehead M, 1998, « Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective », *The Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 3, p. 469-492.

Whitehouse Gillian, 2002, « Parenthood and pay in Australia and the UK: evidence from workplace surveys », *Journal of Sociology*, vol. 38, n° 4, p. 381-397.

Wilkinson Christopher, Hampton Naomi et Bradbeer Caroline, 2000, « The integration of family planning and genitourinary medicine services », *British Journal of Family Planning*, vol. 26, n° 4, p. 187-189.

Wilkinson Paul *et al.*, 2006, « Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994–2003, and the national teenage pregnancy strategy », *The Lancet*, vol. 368, n° 9550, p. 1879-1886.

Windebank Jan, 2001, « Dual-Earner Couples in Britain and France: Gender Divisions of Domestic Labour and Parenting Work in different Welfare States », *Work, Employment & Society*, vol. 15, n° 2, p. 269-290.

Wong S S M, Thornton J G, Gbolade B et Bekker H L, 2006, « A randomised controlled trial of a decision-aid leaflet to facilitate women's choice between pregnancy termination methods », *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, vol. 113, n° 6, p. 688-694.

Wright Simon, Tobin Rose, Kell Philip et Franks Julia, 2001, « A novel condom policy for young attenders at a sexual health clinic », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 77, n° 4, p. 287-288.

Yates Nigel, 2011, *Love Now, Pay Later?: Sex and Religion in the Fifties and Sixties*, London, SPCK.

Yin Robert K., 2009, *Case Study Research: Design and Methods*, Thousand Oaks, SAGE.

Zaharias George, Piterman Leon et Liddell Marilyn, 2004, « Doctors and Patients: Gender Interaction in the Consultation », *Academic Medicine*, vol. 79, n° 2, p. 148-155.

Zancarini-Fournel Michelle, 2003, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 18, p. 241-252.

Zancarini-Fournel Michelle, 2010, « Condition féminine, rapports sociaux de sexe, genre... », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 32, p. 119-129.

Zegai Mona, 2010, « La mise en scène de la différence des sexes dans les jouets et leurs espaces de commercialisation », *Cahiers du Genre*, vol. 49, n° 2, p. 35-54.

Zola Irving, 1972, « Medicine as an institution of social control », *The Sociological Review*, vol. 20, n° 4, p. 487-504.

Principaux rapports et documents institutionnels :

ANAES, AFFSAPS, INPES, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*, 2004

Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger, *La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009

BMA & NHS Employers, *Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10*, 2009

Pierre-Louis Bras, *Rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013

Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, 2008

Claire Compagnon, Véronique Ghadi, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Ministère chargé de la santé, 2012

Conférence Nationale de la Santé, *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*, 2009

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Code de Déontologie Médicale*, version de 2016

Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2005

Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2014

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, *UK Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use*, 2009

General Medical Council, *Good Medical Practice*, 2013

General Medical Council, *Consent: Patients and doctors making decisions together*, 2008

General Medical Council, *Seeking patients' consent : the ethical consideration*, 1998

General practice contract 2015-2016

Haute Autorité de Santé, *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*, 2013

INPES, *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?*, 2013

Emmanuèle Jeandet-Mengal, *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2002

NHS, *The NHS Constitution - The NHS belongs to us all*, 2015

NICE, *NICE's approach to public involvement in guidance and standards: a practical guide*, 2015

NICE, Long-acting reversible contraception, Clinical Guidelines 30, 2014

NICE, *Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25*, Clinical Guidelines 51, 2014

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2014*, 2014

Liste des tableaux et figures

Graphique 1 : Les parents comme source d'information sur les "moyens d'éviter une grossesse"	56
Graphique 2 : Les médecins comme source d'information sur les "moyens d'éviter une grossesse"	58
Tableau 1 : Coût relatif annuel des méthodes de contraception en France	172
Tableau 2 : Méthodes contraceptives proposées par les praticien.ne.s britanniques	405
Graphique 3. Pourcentage de médecins qui ont recommandé la méthode souvent ou parfois au cours des 12 derniers mois	427
Figure 1 : Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les gynécologues	428
Figure 2 : Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les généralistes.	428
Tableau 3 : Attitudes des professionnel.le.s français.es vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives.....	430
Tableau 4 : Rapport de chances relatives (odds-ratios) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire.	438

Annexes

1. Guides d'entretien

Les questions entourées d'étoiles (*) sont spécifiques à chaque pays

Grille d'entretien France

Biographie

- Comment avez-vous décidé de devenir médecin ?
- Connaissez vous des personnes médecins, par exemple dans votre famille ?
- Pourquoi avoir choisi cette spécialité (médecine générale ou gynécologie) ?
- Depuis que vous avez commencé à exercer, y a-t-il des évolutions majeures de l'activité médicale qui vous ont marqué.e ?
- Avez vous eu conscience de la féminisation de la profession, et quels impacts avez vous constatés ?
- (En tant que femme, avez-vous vécu votre formation de manière particulière ?)

Contraception

- Quelle formation avez vous reçue sur la contraception ?
- Quelle part de votre activité la contraception représente-t-elle ?
- Pouvez-vous me raconter le déroulement d'une consultation pour contraception ?
- Est-ce que les patientes savent ce qu'elles veulent ?
- Qu'est-ce que vous proposez? (insistez si oubli : stérilet nullipare, implant...)
- Que recommandez-vous aux jeunes ?
- Que recommandez-vous aux femmes qui ne veulent plus d'enfant ?
- Proposez-vous la stérilisation ?
- Et la vasectomie ?
- D'après vous, pourquoi y a-t-il si peu de vasectomies en France ?
- Est-ce que vous proposez le préservatif comme méthode de contraception ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous proposez des méthodes dites naturelles ?
- Quelle place y a-t-il pour le partenaire dans les choix contraceptifs ?
- Quel est le but de la contraception ?
- Quelle est la meilleure contraception selon vous ?
- Quel est le/la praticien.ne le plus à même de la gérer ?
- On parle d'autoriser la délivrance de contraceptifs hormonaux sans ordonnance, qu'en pensez-vous ?
- Comment abordez vous les grossesses non prévues ?
- Généralement, à quoi sont dus les grossesses non prévues ?

Contraception masculine

- Qu'est-ce que vous pensez de l'offre en matière de contraception masculine ?
- Est-ce possible de confier cette responsabilité aux hommes ?
- D'après vous, pourquoi n'y a-t-il toujours pas de pilule masculine ?
- Pensez-vous que les hommes la prendraient ?
- Pensez-vous que les femmes accepteraient que les hommes la prennent ?

- Quel.le professionnel.le serait plus à même de gérer cette contraception ?
- Aujourd'hui, ce sont en général les femmes qui ont la responsabilité de la contraception, pourquoi selon vous ?
- Pensez-vous qu'il serait nécessaire de plus impliquer les hommes ?
- Pourquoi ?
- Comment ?

MST/IST

- Qui prend généralement l'initiative de consulter pour des dépistages/traitements d'IST ?
- Et le/la partenaire ?
- Pensez-vous qu'il y a des différences d'informations entre hommes et femmes ?
- Et de responsabilité ?
- Pourquoi ?

Patientèle

- Quelle est la répartition femmes/ hommes dans votre patientèle ?
- Quel temps consacrez-vous en moyenne à une consultation ?
- Les consultations ont-elles une durée différente en fonction du sexe des patients ?
- Est-ce différent de soigner un homme ou une femme ?
- Aujourd'hui en France, il y a une différence de sept ans en termes d'espérance de vie entre homme et femme. A quoi cela est-il dû selon vous ?

Rôle social des médecins

- Les médecins ont-ils une place particulière dans la société ?
- Vos patients vous demandent-ils des conseils qui débordent le cadre médical ?
- *La spécialité de gynécologie médicale a été supprimée en 1982 et rétablie en 2004. Pensez-vous que cette spécialité est nécessaire ? Pourquoi ?*
- *Quel rôle peut jouer le recours régulier à un.e gynécologue dans la vie d'une femme ?*
- *À votre avis, pourquoi n'y a-t-il pas de spécialité équivalente pour les hommes ?*

Égalité femme-homme

- Que pensez-vous de la poursuite de l'objectif d'égalité entre homme et femme ?
- Y a-t-il selon vous des choses à changer dans l'organisation actuelle de la société en termes d'égalité entre les femmes et les hommes ?

Grille d'entretien Angleterre

Biography

- Why did you choose to become a doctor/nurse?
- Did you know any doctors/nurses ? Was there anyone in your family working in the medical field?
- How did you choose your specialty ?
- Do you think the medical world has changed a lot since you started being a physician?
- Have you experienced the fact that there are more and more women physicians?
- *Were epidemiology or public health issues parts of your training? Is it specific to England?*
- Do you remember what was taught to you on contraception?

Contraception

- How much professional time do you spend on contraception?
- Can you describe what a regular contraception consultation would be?
- Do your patients usually know what they want?
- What do you offer them?
- What do you recommend for young people?
- What do you recommend for women who have completed their family ?
- Do you talk about sterilisation ?
- Do you talk about vasectomy ?
- *How do you understand the high use of vasectomy in England ? The low one in France ?*
- Do you recommend condom as a method of contraception ?
- Do you talk about natural family planning?
- Do you feel that the male partner plays a role in the choice of the method?
- What is the aim of contraception ?
- What's the best contraceptive method according to you ?
- Who is the best practitioner to deal with contraception ?
- There's been talking about making contraceptive pills available over the counter, what do you think about it ?
- How do you deal with unintended pregnancies?
- What are the causes of unintended pregnancies?

Male contraception

- What do you think about male contraceptive options in general?

- Do you think it is possible to rely on men for contraceptive responsibilities?
- Why isn't there any male pill on the market?
- Do you think men would take it?
- Do you think women would accept that men take it?
- If there was a male pill, what medical specialty would deal with it?
- Nowadays, it is mostly women's task to deal with contraception. Why is it so?
- Do you think involving men is necessary? How?

STIs

- Do you feel that Men or women care more about prevention and treatment?
- What about the partner ?
- Do you think men and women are equally informed?
- Do you think they all feel equally responsible?

Patients

- Would you say you have more male or female patients?
- How much time do you spend for an appointment on average ?
- Do you spend more time with male or female patients?
- Is it different to treat/cure a woman or a man?
- There's a difference of 5 years nowadays in terms of life expectancy between men and women. How do you understand that ?

Social role of medical practitioners

- Do you think doctors/nurses have a special status in the society?
- Do your patients sometimes ask you for non-medical advice?
- *Do you think men and women have different attitudes towards medical care ? Do you think sexual and reproductive healthcare targets women and men differently ?*

Equality between women and men.

- What do you think about the pursuit of a greater equality between women and men ?
- Do you think some things should change in our society to improve sex equality ?

2. Formulaire de renouvellement d'ordonnance contraceptive par courrier

Contraceptive Pill Repeat Prescription Request Form

You may apply for a repeat prescription of the same contraceptive pill if

- you are aged between 18 and 35
- you are currently taking one of the following contraceptive pills that has been prescribed by a GP at our practice:

PLEASE TICK THE PILL YOU ARE TAKING

<i>Combination pills</i>	DIANETTE-you will need to see GP	<u>PLEASE TICK THE PILL YOU ARE TAKING</u>	<i>Progestogen-only pills</i>
<input type="checkbox"/> BREVINOR	<input type="checkbox"/> GEDAREL	<input type="checkbox"/> RIGEVIDON (MICROGYNON)	<input type="checkbox"/> TRI-MINULET
<input type="checkbox"/> CILEST	<input type="checkbox"/> LOESTRIN	<input type="checkbox"/> MINULET	<input type="checkbox"/> TRINORDIOL
<input type="checkbox"/> FEMODENE	<input type="checkbox"/> LOGYNON	<input type="checkbox"/> NORIMIN	<input type="checkbox"/> TRINOVUM
<input type="checkbox"/> FEMODETTE	<input type="checkbox"/> MARVELON	<input type="checkbox"/> OVRANETTE	<input type="checkbox"/> LUCETTE (YASMIN)
<input type="checkbox"/> FEMULEN	<input type="checkbox"/> MERCILON	<input type="checkbox"/> TRIADENE	<input type="checkbox"/> CERELLE / CERAZETTE (DESOGESTREL)
			<input type="checkbox"/> MICRONOR
			<input type="checkbox"/> MICROVAL
			<input type="checkbox"/> NORIDAY

For your safety, to apply for a repeat prescription, you must have had your **blood pressure** and **weight** measured in the **past year**. We also need a measurement of your **height** in the **past 5 years**.

If your **blood pressure** and **weight** have been measured elsewhere, please enclose a signed note from the person taking the readings. If you have not had a recent **blood pressure** or **weight** check, please book an appointment with the clinical support team at the practice.

Blood Pressure done by the practice done elsewhere
 Weight done by the practice done elsewhere
 Height done by the practice done elsewhere

Smoking status: I have never smoked I currently smoke _____ per day
 I used to smoke _____ per day. Date I stopped smoking: _____

Smear test (if over 25, have you had a smear test in the past 3 years) YES NO

Have you received the family planning association leaflet concerning long acting forms of contraception? (If No we will enclose one with your prescription) YES NO

Do you have:	YES	NO
Any problems with your general health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any problems with using your contraceptive pill or side effects from the pill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any health matters you wish to discuss with your GP or practice sister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine headaches, severe headaches or frequent headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding between periods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding during or after sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unusual discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression or depressed mood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
History of thrombosis (blood clots in veins or lungs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If the answer to any of the questions above is YES, please make an appointment with the practice sister.

There is an increased risk of blood clots if you take the combined oral contraceptive pill. The overall risk of having a blood clot is small. However, it does present a serious risk to some women. This risk is increased further if you smoke, travel on a long haul flight (more than 3 hours), trek at an altitude greater than 2500m, have recently had an operation, or are bed-bound for a long period.

Contraceptive Pill Repeat Prescription Request Form

You should seek medical attention immediately if you experience any of the following symptoms

Are you experiencing any of these signs?	Possible cause?
Severe pain or swelling in either leg that may be accompanied by tenderness, warmth or changes in skin colour such as turning pale, red or blue	Deep vein thrombosis
Sudden unexplained breathlessness or rapid breathing; sudden cough without an obvious cause (which may bring up blood); severe chest pain which may increase with deep breathing	Pulmonary embolism
Chest pain, discomfort, pressure, heaviness, upper-body discomfort extending to the back, jaw, throat or arm; feeling of fullness, indigestion or choking; sweating, nausea, vomiting or dizziness	Heart attack
Weakness or numbness of the face, arm or leg, especially on one side of the body; trouble speaking, sudden confusion, or lack of understanding; sudden loss of vision or blurred vision; severe headache or migraine that is worse than normal	Stroke

Declaration

I understand that the contraceptive pill has certain risks attached to it, as outlined the patient leaflet previously provided with my pills, and that smoking increases these risks.

Name (block capitals and black ink please)	Date of birth
Address	
Signature	Today's date

- Please answer all the questions by ticking the relevant boxes, sign the signature box and **hand the form in at reception to be checked**. Alternatively you may send it to:
Contraceptive Repeats, The Crouch Oak Family practice, 45 Station Road, Addlestone, Surrey KT15 2BH. However, please be aware that when your completed form is checked we may require you to come to the surgery for various checks, resulting in a delay to your prescription.
- Please allow two working days for your repeat prescription to be ready. If you wish to have your prescription posted to you, please enclose a stamped addressed envelope.
- Please note that no prescription will be issued unless all questions on the form have been answered, and all the requirements above have been met.

Copyright © 2004 The Crouch Oak Family Practice

Practice use only	Value	Date	Initials
Aged checked			
BMI (if over 30 must see GP)			
BP (if top no over 140 OR bottom no over 90 must see GP)			
Smear (age 25+)			

Prescription issued for 6/12 - Pills issued: 126 182 FPA leaflet enclosed Yes No

3. Formulaire de consentement préalable à une opération de vasectomie élaboré par l'Association Française d'Urologie



FICHE DE CONSENTEMENT POUR VASECTOMIE

Je soussigné demande à subir une vasectomie, c'est à dire une stérilisation à visée contraceptive, de mon plein gré, sans subir aucune pression ni avoir été poussé d'une quelconque manière. Je sais qu'il existe d'autres méthodes de contraception temporaire. Je suis pleinement conscient que l'opération me rendra incapable d'avoir des enfants. Je sais qu'il y a un certain risque postopératoire et que l'opération peut ne pas être un succès de première intention. Je sais que je peux revenir sur ma décision jusqu'au dernier moment avant l'opération. J'ai eu toute latitude pour poser des questions auxquelles on a répondu à mon entière satisfaction.

fait à :

le :

Statement and signature of patient

You will be offered a copy of this form. If you have any further questions, do ask – we are here to help you. **You have the right to change your mind at any time**, including after you have signed this form.

I understand:

- the information that I have been given about the examination or treatment described on this form.
- that the aim of the operation is to stop me having any children and it might not be possible to reverse the effects of the operation.
- that sterilisation / vasectomy can sometimes fail, and that there is a very small chance that I may become fertile again after some time (or for a vasectomy, that I may remain fertile).
- that, for a vasectomy, I will have to use some other contraceptive method until 2 tests in a row show that I am not producing sperm, if I do not want to father any children.
- that you cannot give me a guarantee that a particular person will perform the procedure. The person will, however, have appropriate experience.
- that I will have the opportunity to discuss the details of anaesthesia with an anaesthetist before the procedure, unless the urgency of my situation prevents this. (This only applies to patients having general or regional anaesthesia.)
- that any procedures *in addition* to those described on this form and which are not the subject of an advance decision (see below) will only be carried out if it is necessary to save my life or to prevent serious harm to my health.

I agree to the procedure or course of treatment described on this form.

I do / do not agree* that students may be present during the procedure (*please delete as appropriate).

Advance Decisions (for patients aged 18 years and over only)

- I have previously made an advance decision refusing this treatment or procedure, but have now changed my mind and am happy to have the treatment / procedure described on this form.
- I have an existing advance decision refusing a treatment / procedure which may become necessary during the treatment / procedure described on this form. This includes:

(if this advance decision is in writing, file a copy in the medical record. If it is verbal, make detailed notes. If it refuses life sustaining treatment it must be in writing, signed, dated, witnessed, and clearly state that the decision applies even if the patient's life is at risk.)

- I have been told about additional procedures which may become necessary during my treatment. I have listed below any procedures **which I do not wish to be carried out** without further discussion, even if not performing such procedures immediately could or would lead to serious permanent injury or death.
-
-

Patient's signature Date

Name (PRINT)

A witness should sign below if the patient is unable to sign but has indicated his or her consent.

Signature Date

Name (PRINT) Relationship to patient

Confirmation of consent (to be completed by a health professional when the patient is admitted for the procedure, if the patient has signed the form in advance)

On behalf of the team treating the patient, I have confirmed with the patient that s/he has no further questions and wishes the procedure to go ahead.

Signed Date

Name (PRINT) Job title

Professional registration number (e.g. GMC, NMC, GDC, HCPC, etc)

I confirm that I still want the procedure / treatment to go ahead.

Patient's signature Date

Name (PRINT)

Patient has withdrawn consent

Ask patient to sign / date here and write "VOID" across all pages of the form.

Patient's signature Date

Name (PRINT)

Top copy of form must be retained in the patient's notes.

Copy offered to patient: Welsh copy / English copy / Declined by patient (please circle)

5. Questionnaire de satisfaction diffusé auprès des usager.e.s du NHS par le Patient Survey en juillet 2013

+ Ipsos MORI



THE GP PATIENT SURVEY

Please answer the questions below by putting an **X** in ONE BOX for each question unless more than one answer is allowed (these questions are clearly marked). We will keep your answers completely confidential.

If you would prefer to **complete the survey online**, please go to www.gp-patient.co.uk



Reference:

1234567890



Online password:

ABCDE



ACCESSING YOUR GP SERVICES

Q1 When did you last see or speak to a GP from your GP surgery?

- In the past 3 months
- Between 3 and 6 months ago
- Between 6 and 12 months ago
- More than 12 months ago
- I have never seen a GP from my GP surgery

Q2 When did you last see or speak to a nurse from your GP surgery?

- In the past 3 months
- Between 3 and 6 months ago
- Between 6 and 12 months ago
- More than 12 months ago
- I have never seen a nurse from my GP surgery

Q3 Generally, how easy is it to get through to someone at your GP surgery on the phone?

- Very easy
- Fairly easy
- Not very easy
- Not at all easy
- Haven't tried

Q4 How helpful do you find the receptionists at your GP surgery?

- Very helpful
- Fairly helpful
- Not very helpful
- Not at all helpful
- Don't know

Q5 In the reception area, can other patients overhear what you say to the receptionist?

- Yes, but I don't mind
- Yes, and I'm not happy about it
- No, other patients can't overhear
- Don't know

Q6 How do you normally book your appointments to see a GP or nurse at your GP surgery?

Please X all the boxes that apply to you

- In person
- By phone
- By fax machine
- Online
- Doesn't apply

Q7 Which of the following methods would you prefer to use to book appointments at your GP surgery?

Please X all the boxes that apply to you

- In person
- By phone
- By fax machine
- Online
- No preference

Q8 Is there a particular GP you usually prefer to see or speak to?

- Yes
- No [Go to Q10](#)
- There is usually only one GP in my GP surgery [Go to Q10](#)

Q9 How often do you see or speak to the GP you prefer?

- Always or almost always
- A lot of the time
- Some of the time
- Never or almost never
- Not tried at this GP surgery

MAKING AN APPOINTMENT

Q10 Last time you wanted to see or speak to a GP or nurse from your GP surgery:

What did you want to do?

- See a GP at the surgery
- See a nurse at the surgery
- Speak to a GP on the phone
- Speak to a nurse on the phone
- Have someone visit me at my home
- I didn't mind / wasn't sure what I wanted

Q11 And when did you want to see or speak to them?

- On the same day
- On the next working day
- A few days later
- A week or more later
- I didn't have a specific day in mind
- Can't remember

Q12 Were you able to get an appointment to see or speak to someone?

- Yes
- Yes, but I had to call back closer to or on the day I wanted the appointment
- NoGo to Q16
- Can't rememberGo to Q18

Q13 What type of appointment did you get? I got an appointment...

- ...to see a GP at the surgery
- ...to see a nurse at the surgery
- ...to speak to a GP on the phone
- ...to speak to a nurse on the phone
- ...for someone to visit me at my home

Q14 How long after initially contacting the surgery did you actually see or speak to them?

- On the same day
- On the next working day
- A few days later
- A week or more later
- Can't remember

Q15 How convenient was the appointment you were able to get?

- Very convenientGo to Q18
- Fairly convenientGo to Q18
- Not very convenient
- Not at all convenient

Q16 If you weren't able to get an appointment or the appointment you were offered wasn't convenient, why was that?

- There weren't any appointments for the day I wanted
- There weren't any appointments for the time I wanted
- I couldn't see my preferred GP
- I couldn't book ahead at my GP surgery
- Another reason

Q17 What did you do on that occasion?

- Went to the appointment I was offered
- Got an appointment for a different day
- Had a consultation over the phone
- Went to A&E / a walk-in centre
- Saw a pharmacist
- Decided to contact my surgery another time
- Didn't see or speak to anyone

Q18 Overall, how would you describe your experience of making an appointment?

- Very good
- Fairly good
- Neither good nor poor
- Fairly poor
- Very poor

WAITING TIMES

Q19 How long after your appointment time do you normally wait to be seen?

- I don't normally have appointments at a particular time
- Less than 5 minutes
- 5 to 15 minutes
- More than 15 minutes
- Can't remember

Q20 How do you feel about how long you normally have to wait to be seen?

- I don't normally have to wait too long
- I have to wait a bit too long
- I have to wait far too long
- No opinion / doesn't apply

LAST GP APPOINTMENT

Q21 Last time you saw or spoke to a GP from your GP surgery, how good was that GP at each of the following?

Giving you enough time

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Listening to you

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Explaining tests and treatments

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Involving you in decisions about your care

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Treating you with care and concern

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Q22 Did you have confidence and trust in the GP you saw or spoke to?

- Yes, definitely
- Yes, to some extent
- No, not at all
- Don't know / can't say

LAST NURSE APPOINTMENT

Q23 Last time you saw or spoke to a nurse from your GP surgery, how good was that nurse at each of the following?

Giving you enough time

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Listening to you

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Explaining tests and treatments

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Involving you in decisions about your care

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Treating you with care and concern

- Very good
- Good
- Neither good nor poor
- Poor
- Very poor
- Doesn't apply

Q24 Did you have confidence and trust in the nurse you saw or spoke to?

- Yes, definitely
- Yes, to some extent
- No, not at all
- Don't know / can't say



OPENING HOURS

Q25 How satisfied are you with the hours that your GP surgery is open?

- Very satisfied
- Fairly satisfied
- Neither satisfied nor dissatisfied
- Fairly dissatisfied
- Very dissatisfied
- I'm not sure when my GP surgery is open

Q26 Is your GP surgery currently open at times that are convenient for you?

- YesGo to Q28
- No
- Don't know

Q27 Which of the following additional opening times would make it easier for you to see or speak to someone?

Please X all the boxes that apply to you

- Before 8am
- At lunchtime
- After 6.30pm
- On a Saturday
- On a Sunday
- None of these

OVERALL EXPERIENCE

Q28 Overall, how would you describe your experience of your GP surgery?

- Very good
- Fairly good
- Neither good nor poor
- Fairly poor
- Very poor

Q29 Would you recommend your GP surgery to someone who has just moved to your local area?

- Yes, would definitely recommend
- Yes, would probably recommend
- Not sure
- No, would probably not recommend
- No, would definitely not recommend
- Don't know

MANAGING YOUR HEALTH

Q30 Do you have a long-standing health condition?

- Yes
- No
- Don't know / can't say

Q31 Which, if any, of the following medical conditions do you have?

Please X all the boxes that apply to you

- Alzheimer's disease or dementia
- Angina or long-term heart problem
- Arthritis or long-term joint problem
- Asthma or long-term chest problem
- Blindness or severe visual impairment
- Cancer in the last 5 years
- Deafness or severe hearing impairment
- Diabetes
- Epilepsy
- High blood pressure
- Kidney or liver disease
- Learning difficulty
- Long-term back problem
- Long-term mental health problem
- Long-term neurological problem
- Another long-term condition
- None of these conditionsGo to Q33
- I would prefer not to sayGo to Q33

Q32 In the last 6 months, have you had enough support from local services or organisations to help you to manage your long-term health condition(s)?

Please think about all services and organisations, not just health services

- Yes, definitely
- Yes, to some extent
- No
- I haven't needed such support
- Don't know / can't say

Q33 How confident are you that you can manage your own health?

- Very confident
- Fairly confident
- Not very confident
- Not at all confident



YOUR STATE OF HEALTH TODAY

Q34 By placing an **X** in one box in each group below, please indicate which statements best describe your own health state today.

Mobility

- I have no problems in walking about
- I have slight problems in walking about
- I have moderate problems in walking about
- I have severe problems in walking about
- I am unable to walk about

Self-Care

- I have no problems washing or dressing myself
- I have slight problems washing or dressing myself
- I have moderate problems washing or dressing myself
- I have severe problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

Usual Activities (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- I have no problems doing my usual activities
- I have slight problems doing my usual activities
- I have moderate problems doing my usual activities
- I have severe problems doing my usual activities
- I am unable to do my usual activities

Pain / Discomfort

- I have no pain or discomfort
- I have slight pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have severe pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

Anxiety / Depression

- I am not anxious or depressed
- I am slightly anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am severely anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

Q35 Have your activities been limited today because you have recently become unwell or been injured?

By 'unwell or injured' we mean anything that only lasts for a few days or weeks, e.g. a bad cold or broken leg

- Yes, limited a lot
- Yes, limited a little
- No

Any and all copyrights for question 34 (including layout) vest in the EuroQol Group. The EuroQol Group reserves all rights.
©1992 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trademark of the EuroQol Group.

PLANNING YOUR CARE

The next few questions are about care plans. A care plan is an agreement between you and your health professional(s) to help you manage your health day-to-day.

It is usually a written document you carry with you to appointments and use at home. It can include information about your medicine, an eating or exercise plan, or goals you want to work toward, like returning to work.

- Q36** Do you have a written care plan?
- Yes
 - No **Go to Q40**
 - Don't know **Go to Q40**

- Q37** Did you help put your written care plan together?
- By 'helping' we mean setting goals for yourself or choosing how you want to manage your health
- Yes
 - No

- Q38** Do you use your written care plan to help you manage your health day-to-day?
- Yes
 - No

- Q39** Does your GP, nurse or other health professional review your written care plan with you regularly?
- Yes
 - No
 - Don't know

OUT OF HOURS

These questions are about contacting an out-of-hours GP service when your GP surgery is closed.

Don't include NHS Direct, NHS walk-in centres or A&E.

- Q40** Do you know how to contact an out-of-hours GP service when the surgery is closed?
- Yes
 - No
- Q41** In the past 6 months, have you tried to call an out-of-hours GP service when the surgery was closed?
- Yes, for myself
 - Yes, for someone else
 - No **Go to Q46**

- Q42** How easy was it to contact the out-of-hours GP service by telephone?
- Very easy
 - Fairly easy
 - Not very easy
 - Not at all easy
 - Don't know / didn't make contact

- Q43** How do you feel about how quickly you received care from the out-of-hours GP service?
- It was about right
 - It took too long
 - Don't know / doesn't apply

- Q44** Did you have confidence and trust in the out-of-hours clinician you saw or spoke to?
- Yes, definitely
 - Yes, to some extent
 - No, not at all
 - Don't know / can't say

- Q45** Overall, how would you describe your experience of out-of-hours GP services?
- Very good
 - Fairly good
 - Neither good nor poor
 - Fairly poor
 - Very poor

NHS DENTISTRY

Q46 When did you last try to get an NHS dental appointment for yourself?

- In the last 3 months
- Between 3 and 6 months ago
- Between 6 months and a year ago
- Between 1 and 2 years ago
- More than 2 years agoGo to Q50
- I have never tried to get an NHS dental appointment.....Go to Q50

Q47 Last time you tried to get an NHS dental appointment, was it with a dental practice you had been to before for NHS dental care?

- Yes
- No
- Can't remember

Q48 Were you successful in getting an NHS dental appointment?

- Yes
- No
- Can't remember

Q49 Overall, how would you describe your experience of NHS dental services?

- Very good
 - Fairly good
 - Neither good nor poor
 - Fairly poor
 - Very poor
- Please go to Q51

Q50 Why haven't you tried to get an NHS dental appointment in the last two years?

If more than one of these applies to you, please X the main ONE only

- I haven't needed to visit a dentist
- I no longer have any natural teeth
- I haven't had time to visit a dentist
- I don't like going to the dentist
- I didn't think I could get an NHS dentist
- I'm on a waiting list for an NHS dentist
- I stayed with my dentist when they changed from NHS to private
- I prefer to go to a private dentist
- NHS dental care is too expensive
- Another reason

SOME QUESTIONS ABOUT YOU

The following questions will help us to see how experiences vary between different groups of the population. We will keep your answers completely confidential.

Q51 Are you male or female?

- Male
- Female

Q52 How old are you?

- Under 18
- 18 to 24
- 25 to 34
- 35 to 44
- 45 to 54
- 55 to 64
- 65 to 74
- 75 to 84
- 85 or over

Q53 What is your ethnic group?

A. White

- English / Welsh / Scottish / Northern Irish / British
- Irish
- Gypsy or Irish Traveller
- Any other White background

→ Please write in

B. Mixed / multiple ethnic groups

- White and Black Caribbean
- White and Black African
- White and Asian
- Any other Mixed / multiple ethnic background

→ Please write in

C. Asian / Asian British

- Indian
- Pakistani
- Bangladeshi
- Chinese
- Any other Asian background

→ Please write in

D. Black / African / Caribbean / Black British

- African
- Caribbean
- Any other Black / African / Caribbean background

→ Please write in

E. Other ethnic group

- Arab
- Any other ethnic group

→ Please write in

Q54 Which of these best describes what you are doing at present?

If more than one of these applies to you, please X the main ONE only

- Full-time paid work (30 hours or more each week)
- Part-time paid work (under 30 hours each week)
- Full-time education at school, college or university
- Unemployed
- Permanently sick or disabled
- Fully retired from work
- Looking after the home
- Doing something else

Please go to Q57

Q55 In general, how long does your journey take from home to work (door to door)?

- Up to 30 minutes
- 31 minutes to 1 hour
- More than 1 hour
- I live on site

Q56 If you need to see a GP at your GP surgery during your typical working hours, can you take time away from your work to do this?

- Yes
- No

Q57 Are you a parent or a legal guardian for any children aged under 16 living in your home?

- Yes
- No

Q58 Are you a deaf person who uses sign language?

- Yes
- No

Q59 Which of the following best describes your smoking habits?

- Never smoked
- Former smoker
- Occasional smoker
- Regular smoker

Q60 Do you look after, or give any help or support to family members, friends, neighbours or others because of either:

- long-term physical or mental ill health / disability, or
- problems related to old age?

Don't count anything you do as part of your paid employment

- No
- Yes, 1-9 hours a week
- Yes, 10-19 hours a week
- Yes, 20-34 hours a week
- Yes, 35-49 hours a week
- Yes, 50+ hours a week

Q61 Which of the following best describes how you think of yourself?

- Heterosexual / straight
- Gay / Lesbian
- Bisexual
- Other
- I would prefer not to say

Q62 Which, if any, of the following best describes your religion?

- No religion
- Buddhist
- Christian (including Church of England, Catholic, Protestant, and other Christian denominations)
- Hindu
- Jewish
- Muslim
- Sikh
- Other
- I would prefer not to say

Thank you for your time.

Please return this questionnaire in the reply paid envelope provided or send it in an envelope marked only FREEPOST GP PATIENT SURVEY (no stamp is needed).

Developed with



6. Questionnaire de satisfaction diffusé auprès des usager.e.s dans le cadre des évaluations professionnelles (édité par le General Medical Council)

Patient questionnaire

for Dr _____

Licensed doctors are expected to seek feedback from colleagues and patients and review and act upon that feedback where appropriate.

The purpose of this exercise is to provide doctors with information about their work through the eyes of those they work with and treat, and is intended to help inform their further development.

Please do not write your name on this questionnaire.

Please base your answers only on the consultation you have had today.

Please mark the box like this with a ball point pen. If you change your mind just cross out your old response and make your new choice.

Please write today's date here: / /

1 Are you filling in this questionnaire for:

Yourself Your child Your spouse or partner Another relative or friend

If you are filling this in for someone else, please answer the following questions from the patient's point of view.

2 Which of the following best describes the reason you saw the doctor today? (Please tick all the boxes that apply)

To ask for advice Because of an ongoing problem For treatment (including prescriptions)

Because of a one-off problem For a routine check Other (please give details)

3 On a scale of 1 to 5, how important to your health and wellbeing was your reason for visiting the doctor today?

Not very important Very important

1 2 3 4 5

4	How good was your doctor today at each of the following? (Please tick one box in each line)	Poor	Less than satisfactory	Satisfactory	Good	Very good	Does not apply
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a	Being polite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Making you feel at ease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Listening to you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Assessing your medical condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Explaining your condition and treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Involving you in decisions about your treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Providing or arranging treatment for you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Please decide how strongly you agree or disagree with the following statements by ticking <u>one</u> box in each line.					
	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree	Does not apply
a	This doctor will keep information about me confidential	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	This doctor is honest and trustworthy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	I am confident about this doctor's ability to provide care			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
7	I would be completely happy to see this doctor again			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
8	Was this visit with your usual doctor?			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
9	Please add any other comments you want to make about this doctor. Please note: No patients will be identified when this information is given to the doctor.					

The next questions will provide the doctor with some basic information about who took part in the survey. If you are filling this in on behalf of a child or a patient with a disability, please provide details about the patient.

10	Are you:	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male						
11	Age:	<input type="checkbox"/> Under 15	<input type="checkbox"/> 15–20	<input type="checkbox"/> 21–40	<input type="checkbox"/> 40–60	<input type="checkbox"/> 60 or over			
12	What is your ethnic group? Please choose one section from a to e, and then tick the appropriate box to indicate your cultural background.								
a	White	b	Mixed	c	Asian or Asian British	d	Black or Black British	e	Chinese or other ethnic group
<input type="checkbox"/>	British	<input type="checkbox"/>	White and Black Caribbean	<input type="checkbox"/>	Indian	<input type="checkbox"/>	Caribbean	<input type="checkbox"/>	Chinese
<input type="checkbox"/>	Irish	<input type="checkbox"/>	White and Black African	<input type="checkbox"/>	Pakistani	<input type="checkbox"/>	African	<input type="checkbox"/>	Any other
<input type="checkbox"/>	Any other white background	<input type="checkbox"/>	White and Asian	<input type="checkbox"/>	Bangladeshi	<input type="checkbox"/>	Any other Black background		
		<input type="checkbox"/>	Any other Mixed background	<input type="checkbox"/>	Any other Asian background				
	Please write in		Please write in		Please write in		Please write in		Please write in
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

7. Questionnaire de satisfaction diffusé auprès des pairs dans le cadre des évaluations professionnelles (édité par le General Medical Council)

General
Medical
Council

Colleague questionnaire

for Dr _____

Licensed doctors are expected to seek feedback from colleagues and patients and review and act upon that feedback where appropriate.

The purpose of this exercise is to provide doctors with information about their work through the eyes of those they work with and treat, and is intended to help inform their further development.

Please do not write your name on this questionnaire.

Please answer all the questions. If you feel you cannot answer any question, please tick 'Don't know'.

Please mark the box like this with a ball point pen. If you change your mind just cross out your old response and make your new choice.

Please write today's date here: / /

Please rate your colleague in each of the following areas by ticking one box in each line.

		Poor	Less than satisfactory	Satisfactory	Good	Very good	Don't know
1	Clinical knowledge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Diagnosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Clinical decision making	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Treatment (including practical procedures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Prescribing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Medical record keeping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Recognising and working within limitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Keeping knowledge and skills up to date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Reviewing and reflecting on own performance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Teaching (students, trainees, others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Supervising colleagues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Commitment to care and wellbeing of patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Communication with patients and relatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Working effectively with colleagues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Effective time management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please decide how far you agree with the following statements by ticking one box in each line.

		Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree	Don't know
16	This doctor respects patient confidentiality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	This doctor is honest and trustworthy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	This doctor's performance is not impaired by ill health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 This doctor is fit to practise medicine Yes No Don't know

20 Please add any other comments you want to make about this doctor. Please note: No one will be identified when this information is given back to the doctor.

The next questions will give us some basic information about who took part in the survey.

21 Are you: Female Male

22 Age: 16 to 19 20 to 29 30 to 39 40 to 49 50 to 59 60 or over

23 Your professional role (please tick only one box):

Doctor If you are a doctor, are you in a training grade? Yes No Registered Nurse

Health Visitor/Midwife Pharmacist

Administrator/Receptionist/Secretary Allied Healthcare Professional Health Care Assistant

Non-clinical Manager Other (please specify): _____

24 How recently have you been familiar with this doctor's clinical practice?

Current colleague Within the last two years Between two and five years ago

Between six and ten years ago More than ten years ago

25 During this period of your familiarity with this doctor's clinical practice, how often did you have contact with the doctor?

Most days Weekly Monthly Less often

26 What is your ethnic group? Please choose one section from A to E, and then tick the appropriate box to indicate your cultural background.

A White	B Mixed	C Asian or Asian British	D Black or Black British	E Chinese or other ethnic group
<input type="checkbox"/> British	<input type="checkbox"/> White and Black Caribbean	<input type="checkbox"/> Indian	<input type="checkbox"/> Caribbean	<input type="checkbox"/> Chinese
<input type="checkbox"/> Irish	<input type="checkbox"/> White and Black African	<input type="checkbox"/> Pakistani	<input type="checkbox"/> African	<input type="checkbox"/> Any other
<input type="checkbox"/> Any other white background	<input type="checkbox"/> White and Asian	<input type="checkbox"/> Bangladeshi	<input type="checkbox"/> Any other Black background	
	<input type="checkbox"/> Any other Mixed background	<input type="checkbox"/> Any other Asian background		
Please write in	Please write in	Please write in	Please write in	Please write in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Portraits de quatre praticien.ne.s

Claudine D. : Des femmes idiotes et des hommes irresponsables

Claudine D. a 61 ans et exerce la gynécologie médicale depuis 33 ans. Elle me reçoit dans son cabinet où elle exerce seule à Paris, en fin de consultation. Elle souligne que ce n'est pas évident de me recevoir en fin de journée mais qu'elle le fait pour l'INSERM. Elle a une pratique religieuse, est mariée et a trois enfants.

Contraception et rôle des professionnel.le.s :

En matière de contraception, elle associe chaque méthode à des âges, des caractéristiques physiques ou des configurations conjugales spécifiques : elle refuse par exemple de prescrire des dispositifs intra-utérins aux femmes nullipares, ou l'implant à des usagères qui ont de l'acné, ou encore propose la stérilisation à une usagère souhaitant avoir des enfants sur la base de son âge (43 ans). Elle décrit une attitude paternaliste vis-à-vis des usagères, les appelant "petite", "gamine" (indépendamment de leur âge), et soulignant leur ignorance présumée. Ses récits de pratiques reflètent un rapport hiérarchique fort avec les usagères, auxquelles elle paraît imposer les méthodes qu'elle estime leur correspondre, sous couvert de pédagogie ("*expliquer pourquoi on donne ça, pourquoi on donne pas...*"), mais aussi le vaccin contre le papillomavirus (elle dit convaincre les usagères d'accepter la vaccination en expliquant que si elles la refusent "*Après il peut y avoir des petits problèmes pour faire un bébé*").

En matière d'IVG, elle interroge les motivations des usagères et cherche à "*les faire réfléchir*". Elle parle d'ambivalence du désir des femmes, cherche à savoir si les raisons motivant le choix de l'avortement sont "vraies" ou pas.

Elle a une haute opinion des médecins ("*on est parmi les gens qui savent*") et du rôle qu'elles et ils ont à jouer auprès de leur patientèle en tant que conseiller.e.s sur de nombreuses dimensions de leur existence (par exemple le choix d'une école pour leurs enfants). Elle dit par exemple des usager.e.s qu'"*ils nous demandent leur avis sur les enfants, sur leur couple...*". Elle disqualifie les médecins généralistes comme les sages-femmes pour la prescription contraceptive, du fait de leur manque de formation et de temps.

Genre et implication masculine :

En matière de contraception masculine, elle ne prescrit ni le préservatif, qu'elle ne considère pas comme assez sûr, ni la vasectomie car il faudrait selon elle que les hommes soient présents pour ça. Elle décrit des hommes peureux, "couards" face à la perspective d'une

interaction médical et surtout très préoccupés par leur virilité, ce qu'elle trouve ridicule. Selon elle, ils ne sont pas intéressés par leur fertilité, ni par la contraception, sont trop "*machos*" et trop "*trouillards*" pour se responsabiliser en matière d'IST. La question gestationnelle est aussi au cœur de son opinion sur la contraception masculine : "*c'est toujours les femmes qui feront les gosses*", les hommes ne pouvant biologiquement pas être aussi concernés. La contraception serait ainsi une affaire de femmes, du côté des consommateur/rice.s comme des prescripteur/rice.s puisqu'elle disqualifie les médecins hommes.

Plus généralement, elle décrit les hommes comme principalement intéressés par la sexualité (il faut leur rappeler que "*ce n'est pas que leur plaisir à eux*") bien que parfois rattrapés par le projet de couple, "*quand ils sont vraiment amoureux*". Par opposition, les femmes auraient toujours leur fécondité en tête, ce sont elles qui auraient le désir d'enfant les trois quarts du temps, et leur sexualité serait en grande partie déterminée par ce désir.

Résumé : Claudine D. adopte donc une lecture essentialiste de la répartition des responsabilités contraceptives, peu susceptible d'évoluer puisqu'ancrée dans les fonctionnements biologiques des femmes et des hommes. Ses récits de pratiques donnent à voir une appréhension normative et paternaliste de la prescription contraceptive, au sein de laquelle les préférences des usagères, considérées ignorantes, ont peu de place.

Pauline R. : Des femmes à soutenir dans le choix de leur contraception

Médecin généraliste de 36 ans, elle me reçoit chez elle un mercredi après-midi, en présence de ses deux fils qui seront là par intermittence pendant l'entretien. Elle exerce dans un centre de Protection Maternelle et Infantile en Seine-Saint-Denis, par choix d'une médecine plus sociale et moins lucrative. Elle est titulaire d'un diplôme universitaire en contraception.

Contraception et rôle des professionnel.le.s :

Elle dit mettre un point d'honneur à tout proposer, et à évoquer les méthodes qui peuvent être moins connues. Elle conçoit l'efficacité contraceptive comme dépendant de l'adéquation de la méthode choisie avec les préférences de l'usagère et adopte deux stratégies en conséquence : une stratégie pédagogique d'information sur les méthodes existantes (toutes les méthodes féminines), et une tolérance vis-à-vis des méthodes qu'elle ne considère pas comme très efficaces mais qui sont choisies par les usagères (méthodes naturelles et barrières). Elle voit son rôle comme accompagnante, et surtout pas décideuse, que ce soit en matière d'IVG ou de contraception. Elle critique la normativité traditionnelle en médecine et une ancienne génération qui a du mal à laisser la place au choix des usagères.

Elle n'a pas de problème avec l'ouverture de la prescription aux sages-femmes et se positionne même en faveur des projets de démedicalisation, à condition que les personnes accompagnantes soient formées aux enjeux du choix contraceptif, et notamment à la nécessité d'informer de manière non-dirigiste sur l'éventail des méthodes disponibles.

Genre et implication masculine :

Elle parle du préservatif comme contraception et dit ne pas avoir de problèmes avec son utilisation. Elle ne parle jamais de vasectomie, parce qu'elle oublie, et précise qu'elle n'est pas sûre que les hommes seraient intéressés.

Elle pense qu'il est possible de confier la responsabilité contraceptive à des hommes, même si elle a peur des conséquences pour les femmes, et particulièrement d'une perte de contrôle. Elle dit que ça dépend des relations. Elle ne sait jamais comment interpréter la présence des hommes dans son cabinet : parfois comme un indice d'implication égalitaire, parfois comme une volonté de contrôle sur les femmes. Elle a l'impression que la participation des hommes à la décision contraceptive est plus souvent restrictive (par exemple, refus du DIU par peur de sentir les fils lors des rapports) que soutenante.

La répartition genrée des responsabilités contraceptives est appréhendée comme une construction sociale. Pauline R. évoque longuement les rapports de pouvoir entre les sexes, et

les rôles de genre, en mentionnant aussi les coûts pour les hommes : elle souhaiterait qu'il soit plus facile socialement pour eux de s'impliquer dans la parentalité, par exemple en prenant des congés paternité, et regrette que le monde professionnel ne le tolère que difficilement. Selon elle, le changement est possible mais difficile, car ces rôles de genre sont profondément ancrés. Il faudrait intervenir dès la petite enfance. Par contre, elle n'envisage pas que les médecins, la spécialité de gynécologie ou encore les méthodes de contraception disponibles, puissent contribuer à la construction de la responsabilité féminine en matière contraceptive, et n'envisage donc pas que les médecins puissent participer à l'implication des hommes.

Résumé : Pauline R. a donc une perception plutôt constructiviste de la répartition genrée des responsabilités contraceptives et des rôles de genre. Cette perspective laisse place à un changement éventuel, qui serait bienvenu, mais aussi potentiellement porteur de menaces pour l'autonomie des femmes. Ses récits de pratiques témoignent d'une posture non-dirigiste, qu'elle valorise comme éloignée de la médecine traditionnelle et paternaliste. Son approche pédagogique du choix contraceptif n'inclut pas la vasectomie.

Daphnee X. : Une approche pragmatique de rôles de genre qui évoluent trop lentement

Daphnee X. est une médecin généraliste de 61 ans, qui exerce au sein d'une université londonienne, auprès d'une patientèle très diplômée. Elle dit avoir été engagée par le passé dans des organisations féministes qu'elle qualifie de "radicales" et a notamment développé des services contraceptifs à destination des femmes migrantes, mais s'est depuis éloignée du militantisme. Elle est mariée, a deux enfants, et ne déclare aucune affiliation religieuse. Elle est titulaire d'un diplôme du *Royal College of Obstetricians and gynaecologists*.

Contraception et rôle des professionnel.le.s :

Elle défend une approche pédagogique du choix contraceptif et propose tout sauf le diaphragme, qui n'est plus demandé, en utilisant des supports (dont le dépliant de la FPA mais pas toujours car il y a des ruptures de stock), et des objets (DIU, implants, plaquettes...). Elle exclut la planification familiale qu'elle compare à la roulette russe. Elle attribue les grossesses non prévues à des difficultés d'utilisation de la contraception. Elle a une posture non dirigiste en matière d'IVG dans la mesure où *"9 fois sur 10, elles ont déjà décidé"*.

Elle est satisfaite de l'ouverture des droits de prescription à d'autres métiers. Dans la structure où elle travaille, les premières consultations sont prises en charge par des infirmier.e.s. A condition que les personnes en charge soient formées pour offrir un choix réel, elle pense que la prescription contraceptive ne nécessite pas des compétences médicales poussées (*"ce n'est pas de la médecine de pointe"*).

Genre et implication masculine :

Elle parle du préservatif, qui apparemment est très souvent choisi par les étudiant.e.s et jeunes professionnel.le.s qui consultent dans son centre. Pour elle, les hommes sont souvent les plus motivés pour utiliser cette méthode. Du fait de l'âge de sa patientèle, la vasectomie est moins souvent choisie, et moins souvent discutée. Mais elle se souvient avoir été encouragée à la proposer lorsqu'elle était étudiante.

Pour elle, la responsabilité contraceptive est attribuée aux femmes parce que *"la société attend toujours des femmes qu'elles prennent cette responsabilité. Je veux dire, la société est très punitive avec les femmes, vous savez. Elle n'aime pas les femmes qui ont beaucoup de partenaires sexuels, elle n'aime pas les prostituées, elle n'aime pas les femmes qui sont ouvertement sexuelles... Nous ne sommes pas aussi libéré.e.s que nous aimons le croire. Et je pense que la société place toujours la responsabilité de ne pas tomber enceinte sur les*

femmes." Elle critique les rôles genrés en matière de parentalité mais affirme que ce sont des rôles traditionnels qui sont en train de changer.

Cependant, elle doute qu'un partage plus égalitaire des responsabilités contraceptives adienne facilement. Concernant une éventuelle pilule masculine, elle évoque les problèmes d'observance des hommes et les études qui montrent qu'ils ont un rapport à l'institution médicale plus compliqué que les femmes. Elle parle aussi de son expérience personnelle, et du fait qu'elle aurait du mal à faire confiance à son mari qui a déjà des difficultés à prendre ses antidiabétiques tous les jours. Un implant rencontrerait sans doute plus de succès, mais un travail d'éducation, dès l'enfance, est nécessaire, pour que les hommes connaissent leurs choix contraceptifs et se préoccupent de prévention. Malgré ses doutes sur la vitesse du changement, elle évoque systématiquement les méthodes masculines et parle de contraception avec les hommes qui la consultent.

Résumé : Daphnee X. a donc une vision constructiviste de la féminisation des responsabilités contraceptives et une conscience forte des rôles de genre dans la division sexuée des tâches au sein de la société. Pour autant, elle n'est pas convaincue que l'implication des hommes en matière contraceptive est proche, car elle constate trop de permanence de ces rôles traditionnels autour d'elle. Indépendamment de ces représentations, elle applique les protocoles de recommandation contraceptive et propose donc toutes les méthodes disponibles, sauf les méthodes naturelles.

Tamara O. : L'application collective des protocoles comme garantie d'une médecine de qualité

Tamara O. est une infirmière de 43 ans qui me reçoit pendant sa pause déjeuner, dans une salle de consultation du centre de santé dans lequel elle travaille. Elle répond de manière très courte aux questions (c'est l'entretien le plus court du panel). En plus de son activité dans le centre de soins primaires, elle participe à des actions de formations des professeur.e.s des écoles (éducation sexuelle), à des interventions dans les écoles et à l'élaboration d'un DVD de formation à l'intention des médecins généralistes. Elle est formée pour prescrire des pilules hormonales, poser des implants et des DIU. Elle utilise systématiquement le "nous" (jamais le "je") : elle témoigne d'une grande confiance dans les protocoles et semble vraiment concevoir l'activité de soins comme un service public qui tire sa légitimité de la régulation et de l'implication de l'ensemble de ses agent.e.s.

Contraception et rôle des professionnel.le.s

Elle propose tout le panel et cite la stérilisation dès le départ. Elle utilise beaucoup les dépliants, et dit qu'il faut parler des méthodes que les gens ne connaissent pas pour être sûre qu'elles et ils ont le choix. Elle a quelques réticences vis-à-vis des méthodes naturelles.

Elle est très fière de la dimension d'accompagnement des usager.e.s de son métier : elle aime particulièrement offrir un espace où tout peut être dit et où toutes les questions peuvent être posées. Elle semble avoir une posture non-dirigiste en matière de contraception comme face aux demandes d'IVG, et pense qu'il revient aux soignant.e.s d'être vigilant.e.s pour ne pas influencer les usager.e.s : *"Je ne pense pas que nous soyons supérieur.e.s à qui que ce soit, de quelque manière ou forme que ce soit. Mais je pense qu'en tant qu'infirmier.e ou en tant que médecin, les gens nous écoutent. Vraiment. Et c'est la raison pour laquelle on doit faire attention aux informations qu'on délivre, parce que les gens estiment beaucoup notre opinion. Et vont écouter ce qu'on dit."*

Genre et implication masculine

Elle parle d'abord de l'utilisation sanitaire du préservatif mais indique que beaucoup de gens l'utilisent comme contraceptif et en sont très satisfait.e.s. Elle parle de vasectomie en s'appuyant sur le dépliant, et particulièrement aux personnes qui ont "complété leur famille". Elle trouve que c'est une opération simple et accessible. Lors des consultations avec les hommes, elle leur parle de contraception d'urgence et demande si leur partenaire "se protège".

Elle trouve qu'il n'y a pas assez d'options contraceptives pour les hommes, et regrette qu'il n'existe pas de pilule masculine. Elle attribue le retard des recherches au fait que les chercheurs.e.s sont majoritairement des hommes.

Une nouvelle méthode de contraception masculine pourrait très bien s'intégrer aux usages contraceptifs. Elle propose par exemple de faire une campagne de communication : *"Je pense que les mentalités pourraient changer grâce à des campagnes : « Bonjour, la nouvelle pilule masculine est désormais disponible ! Rendez-vous dans votre clinique de planification familiale locale ! » Ce genre de choses."*

Elle souligne que grâce à l'intégration des services (santé sexuelle et reproductive), les hommes sont déjà présents. Cependant, elle associe l'implication masculine *via* la prise d'une contraception à des convictions égalitaires. Ainsi, selon elle les Européens seraient sans doute très heureux d'utiliser cette nouvelle méthode, particulièrement la jeune génération qu'elle considère "très ouverte". Mais elle affirme par ailleurs que les hommes d'origine africaine ou jamaïcaine ne voient pas la contraception comme leur rôle. Un implant serait sans doute plus rassurant pour les partenaires féminines qu'une pilule quotidienne, car tout le monde est susceptible d'oublier un comprimé.

Résumé : Tamara O. ne conçoit pas la féminisation des responsabilités contraceptives comme "naturelle" mais comme découlant du déséquilibre de l'offre technique. Elle associe l'implication des hommes en matière contraceptive à des comportements égalitaires, visibles dans les jeunes générations, mais peu susceptibles selon elle de se développer dans les communautés d'origines non-européennes. Ses récits de pratiques semblent fortement déterminés par les protocoles : elle propose toutes les méthodes (à l'exception des méthodes naturelles), utilise des dépliants et implique les usagers masculins dans la prévention des risques de grossesse et d'IST. Elle défend une posture non-dirigiste qui nécessite une vigilance de la part des professionnel.le.s.

9. Support d'aide à la décision en matière contraceptive édité par Patient Co

Contraception Management Options Brief Decision Aid

There are **several** options, some of which you may be able to decide on quite quickly and others may take more time to consider. The options are divided into two groups: short acting and longer acting

- **Natural methods.**
 - **Combined pill** (also just known as 'the pill').
 - **Progestogen only pill**
 - **Contraceptive patch**
 - **Combined vaginal ring**
 - **Barrier methods** - e.g. male condom.
- } **Short acting, and rely on you to remember**
-
- **Contraceptive injections**
 - **Contraceptive implants**
 - **Intrauterine device (IUD)** (sometimes called a coil) **or**
Hormone-releasing intrauterine system (IUS)
 - **Sterilisation** e.g. Tubal tie or Vasectomy
- } **Longer acting, and do not rely on you to remember**

Remember: in general your chance of getting pregnant gets less as you get older, and the longer you use any particular method. So, failure rates will also tend to be lower for all options in these circumstances; however, the more effective options will still be more effective than the less effective ones.

In making a decision you need to ask yourself - What is important to me? This BDA and your health professional can tell you the evidence and give their suggestions, but you need to make a decision that is right for you. What are your preferences?

You may wish to think about;

- How effective is each option at preventing pregnancy?
- Do I want a method that does not need me to remember to take or use it every time, day or week?
- Do I want to use something all the time or just when I have sex?
- Do I want contraception for a short time (months), a long time (years) or permanently?
- Do I mind irregular periods, or having no periods at all?
- What are my plans for future pregnancies?
- Do I need added protection from sexually transmitted infections?
- Do I have a medical condition, am I overweight, or do I take medicines, all of which might influence which option is best for me?

NOTE: - For success and failure of most of the options there is a range to show that the effectiveness of most methods depends on how accurately they are used. When describing failure rates the lower number is the failure rate for a 'perfect user' and the higher number is the failure rate for a 'typical or normal user'. This system is used for all the figures in this BDA.

Short acting methods (Rely on you to remember)

Benefits and risks of natural methods

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
Natural Method Trying to predict when more likely to get pregnant by looking at vaginal discharge (mucus method), temperature changes, or testing urine for hormone changes.	960-750 in 1000 women using this method for a year will not become pregnant. No chemicals or hormones used. No side effects. Gives you personal control and you become more familiar with the way your body behaves.	40-250 in 1000 women using this method for a year will become pregnant. You may need specialist advice on how to do it well. It requires a lot more motivation than other methods, and may take several months to get the technique right. You have to keep daily records. Sex must be avoided at certain times.

Benefits and risks of combined pill

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
Combined pill (COCP) Usually taken daily for 21 days, with a seven day break before starting the next packet.	Between 997- 910 in 1000 women taking the pill for a year will not become pregnant. Side effects are uncommon (e.g. nausea, headaches or sore breasts) and these usually go away within a few weeks. Eases painful and heavy periods for some people. Reduces risk of some cancers (ovary in particular, but also colon and womb). Does not interfere with sex.	3-90 in 1000 women taking the pill for a year will become pregnant. Forgetting to take the pill is a problem for some people. On average 9-10 in every 10,000 women will get thrombosis (blood clot in the leg or lung) every year compared to 4-5 in every 10,000 women not taking contraception. There may be a very small increased risk of getting breast cancer. It sometimes causes a rise in blood pressure (which needs checking regularly). How well it works can be affected by other medication and by stomach upsets like diarrhoea.

Benefits and risks of progestogen only pill

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
Progestogen only pill This is taken once daily with no breaks.	Between 997-910 in 1000 women taking the pill for a year will not become pregnant. Lower risk of serious problems than combined pill (e.g. blood clots - thrombosis). Does not interfere with sex.	3-90 in 1000 women taking for a year will become pregnant. Periods often irregular: 200 in 1000 women have no bleeding, 400 in 1000 have regular bleeding and 400 in 1000 have irregular bleeding. Side effects include mood swings,

	<p>Can be taken when breastfeeding.</p> <p>Less risk than combined pill in smokers over 35 and people with migraine.</p>	<p>increase in acne, and breast discomfort, but these usually settle within a couple of months.</p> <p>Have to remember to take it regularly each day.</p> <p>How well it works can be affected by other medication and by stomach upsets like diarrhoea.</p>
--	--	---

Benefits and risks of contraceptive patch

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
<p>Contraceptive patch Involves placing a patch (e.g. on the arm) once a week for three weeks and then removing for a one week break.</p>	<p>Between 997-910 in 1000 women using the patch for a year will not become pregnant.</p> <p>Don't have to remember to take pill daily, but still need to remember to put patch on weekly.</p> <p>Periods often lighter, less painful, more regular.</p> <p>Still effective even if you vomit or have diarrhoea.</p>	<p>3-90 in 1000 women using the patch for a year will become pregnant.</p> <p>Some women have skin irritation - about 20 in 1000 women stop because of itching, redness or soreness.</p> <p>Very occasionally the patch will not stick well and some worry that it can be seen.</p> <p>Some people have mild side effects such as breast discomfort, headache, nausea, breakthrough bleeding. These tend to settle down within the first few months.</p> <p>On average 9-10 in every 10,000 women will get thrombosis (blood clot in the leg or lung) every year compared to 4-5 in every 10,000 women not taking contraception.</p> <p>There may be a very small increased risk of getting breast cancer.</p>

Benefits and risks of vaginal ring

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
<p>Vaginal ring Involves placing a vaginal ring in the vagina for three weeks and then having one week break.</p>	<p>Between 910 - 997 women in every 1000 using the vaginal ring for a year will not become pregnant.</p> <p>Don't have to remember to take a pill every day, but do need to remember to change the ring every month.</p> <p>Periods often lighter, less painful, more regular.</p>	<p>3-90 in 1000 women using a ring for a year will become pregnant.</p> <p>Some women have a vaginal discharge with the vaginal ring (about 40 in 1000 women).</p> <p>Some worry that it may be felt, but most women and their partners cannot feel it when in the correct position.</p> <p>Some people have mild side effects such as breast discomfort, headache, nausea, breakthrough bleeding. These tend to settle down within the first few months.</p>

	Still effective even if you vomit or have diarrhoea.	On average 9-10 in every 10,000 women will get thrombosis (blood clot in the leg or lung) every year compared to 4-5 in every 10 000 women not taking contraception. There may be a very small increased risk of getting breast cancer.
--	--	--

Benefits and Risks/Cons of barrier methods (male condom/cap)

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
Barrier methods such as male or female condoms and the diaphragm or 'cap' These are used just at the time of having sexual intercourse.	Between 980-800 in 1000 women using barrier methods for a year will not become pregnant. No medical side effects, except occasionally some irritation of the vagina with the diaphragm. Protect against sexually transmitted infections and possibly cervical cancer. Condoms are widely available.	20 - 200 in 1000 women using correctly for a year will become pregnant. Needs to be used properly and used every time you have sexual intercourse. Male condoms occasionally split or come off. The cap can be wrongly positioned. Some people find that having to 'prepare' before having sex is a disadvantage. The diaphragm needs to be fitted by a trained practitioner first time.

Longer acting methods (do not rely on you to remember so much)

Benefits and risks of contraceptive injections

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
Progestogen only injection Involves an injection every 8-12 weeks which is usually put in the buttock or upper arm.	998-940 in 1000 women using for a year will not become pregnant. Don't have to remember to take a pill daily. Only need to think about contraception every 10-12 weeks. Does not interfere with sex. Can be used when breastfeeding. It may help problems such as pre-menstrual tension, heavy periods and painful periods.	2-60 in 1000 women using injection for a year will become pregnant. You have to remember to go to the GP/clinic every 10-12 weeks. Periods may become irregular, but they may be lighter or stop altogether - about 550 in 1000 women will not have a period after one year. Some women have side effects but these are uncommon (e.g. weight gain, mood changes, and breast discomfort). Can lead to thinning of the bones in some women who are already at risk - smokers, people taking steroids or with family history of thin bones. If you stop, your normal ability to become pregnant may take several months to return. Some women take 6-8 months, rarely up to two years, for this to return.

	Cannot undo, so if side effects occur they may last at least 8-12 weeks.
--	--

Benefits and Risks/Cons of contraceptive implants

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
Implant Involves putting a small 'rod' under the skin usually of the inner upper arm. A local anaesthetic is used and it takes about 10 minutes to do. It must be replaced every three years.	It is very effective. 999 in every 1000 women using an implant for a year will not become pregnant. Don't have to remember to take pill daily. Only need to think about contraception every three years. Does not interfere with sex. Can be used when breastfeeding. Can be removed if side effects troublesome; loses effect immediately after being removed.	1 in every 1000 women using implant for a year will become pregnant. Some women do not like the idea of the procedure, or of being able to feel the 'rod'. Most women will have unpredictable periods (sometimes heavier but usually lighter than a normal period). 2 in 10 have no bleeding. Some women have side effects such as breast discomfort, fluid retention and increase in acne, but these tend to settle after a few months.

Benefits and risks of intrauterine device

Treatment Option	Benefits	Risks or Consequences
IUD (coil) Involves placement of IUD (coil) into the womb (uterus). Procedure is done in GP surgery/sexual health clinic and takes 20-30 minutes. Removal is usually very simple.	It is very effective. 994-992 in 1000 women using an IUD for a year will not become pregnant. Can keep it in for 5-10 years - depending on the type fitted. Don't have to remember to take pill daily. Does not interfere with sex. Has no hormonal side effects.	6-8 in 1000 women using an IUD for a year will become pregnant. Periods may get heavier and/or more painful. Small risk of pelvic infection if you have a sexually transmitted infection (STI) when it is fitted or have unprotected sex with a new partner who has an STI. If you do become pregnant, there is a 50 in 1000 chance of it being an ectopic pregnancy (pregnancy outside womb). IUD may come out (50 in 1000 women in the first year). At the time of fitting an IUD may rarely perforate the wall of the womb (1 in 1000 placements).

Benefits and risks of hormone releasing intrauterine system (IUS)

Treatment Option	Benefits	Risks Consequences
IUS (hormonal coil) Involves placement of IUS (hormonal	It is very effective. 998 in 1000 women using for a year will not become pregnant.	2 in 1000 women using an IUS for a year will become pregnant.

<p>coil) into the womb. Procedure is done in GP surgery/sexual health clinic and takes 20-30 minutes.</p> <p>An IUS contains hormone called progestogen which is released very slowly.</p>	<p>Don't have to remember to take pill daily.</p> <p>Periods become light or disappear altogether. 200 in 1000 users have no bleeding at all at one year.</p> <p>Does not interfere with sex.</p>	<p>Progestogen related side effects may occur, but much less likely since locally released.</p> <p>Occasional irregular bleeding.</p> <p>IUS may come out (50 in 1000 women).</p> <p>At the time of fitting an IUS may rarely perforate the wall of the womb (1 in 1000 placements).</p>
--	---	--

Benefits and Risks of Female sterilisation e.g. tubal tie

Treatment Option	Benefits	Risks Consequences
<p>Female Sterilisation This means an operation in hospital where the tubes from the ovary to the womb are tied or clipped.</p>	<p>995 in 1000 women will not get pregnant in the first year.</p> <p>You are protected from pregnancy immediately.</p> <p>You do not have to think about contraception again and you should think of it as permanent.</p>	<p>5 in 1000 women will get pregnant in the first year.</p> <p>Usually requires a general anaesthetic and one week off work.</p> <p>It can sometimes fail even years later.</p>

Benefits and Risks of Male sterilisation e.g. Vasectomy

Treatment Option	Benefits	Risks Consequences
<p>Male Sterilisation This means an operation in a clinic or at hospital, where the tubes from the testicles (vas deferens), which carry sperm to the penis, are tied, cut or sealed.</p>	<p>991 in 1000 men will have a successful result and be infertile.</p> <p>After the three month check to make sure you are not producing sperm you will not have to think about contraception again and you should think of it as permanent.</p> <p>It does not reduce your sex drive, and you will still ejaculate normally.</p> <p>It does not increase the risk of prostate or testicular cancer.</p>	<p>1 in 1000 operations will fail at or soon after the operation. This is usually picked up by the sperm count checks that are done at around 3 months after the operation.</p> <p>Usually requires a local anaesthetic and maybe a day or two off work.</p> <p>There is often some bruising after the operation, and a few men will get a dull ache in the testicles for a few months. This usually gradually goes away.</p> <p>You have to wait a few months for the 'all clear' which confirms you are infertile.</p>

Brief Decision Aids are designed to help you answer three questions: **Do I have options? What are the benefits and risks of these options, (and how likely are they)? How can we make a decision together that is right for me?**

10. "Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France"

Article accepté pour publication dans la revue *Sciences Sociales et Santé*

Auteurs : Alexandra Roux, Cécile Ventola et Nathalie Bajos

Version du 6 novembre 2016, susceptible d'être modifiée.

Introduction

Le modèle contraceptif français se caractérise par un recours à la pilule parmi les plus élevés d'Europe, et par une utilisation limitée des autres méthodes. Il est à cet égard très proche du modèle allemand, et se distingue nettement des autres systèmes européens (De Irala et al., 2011 ; Buhling, Klovekorn et al., 2014). Les différentes pilules hormonales constituent depuis quatre décennies le moyen de contraception le plus utilisé en France, malgré l'apparition progressive de méthodes d'efficacité comparable ou supérieure (dispositif intra-utérin, anneau, patch, injections). Cette centralité durable de la pilule interpelle au regard des paysages contraceptifs plus diversifiés observés dans le monde occidental (United Nations, 2014). M. Ferrand et N. Bajos (2004) ont mis en évidence l'existence d'une « norme contraceptive » française, caractérisée par le recours au préservatif en début de vie sexuelle ou lors d'une nouvelle relation, puis par le passage à la pilule lorsque la relation se stabilise (ou est censée se stabiliser) et par l'utilisation du stérilet en fin de vie reproductive quand les couples ont eu le nombre d'enfants qu'ils souhaitaient. Bien que ce modèle semble quelque peu déstabilisé depuis le début de la décennie, du fait de difficultés économiques croissantes de certaines usagères⁴⁸⁶, et suite alla « crise de la pilule » de 2012 et à son retentissement médiatique,⁴⁸⁷ la pilule reste le moyen contraceptif le plus utilisé en France (Bajos *et al.*, 2014).

Ces pratiques contraceptives sont à appréhender dans le contexte d'une médicalisation croissante de la contraception en France (Leridon *et al.*, 2002). De fait, l'accès aux méthodes contraceptives nécessite dans la plupart des cas une interaction avec des prescripteurs médicaux. Et ce d'autant plus en France où les méthodes dominantes (pilule et dispositif intra-utérin) impliquent un suivi médical régulier ou un geste technique effectué par des professionnels de santé, qui sont dans la majorité des cas des gynécologues. Ainsi les femmes

⁴⁸⁶Les enquêtes Fecond (2010, 2013) mettent en évidence le moindre recours à la pilule par rapport aux années 2000, lié à des raisons économiques.

⁴⁸⁷Mise en cause des pilules de 3^e et 4^e générations suite à une plainte déposée en 2012 contre un laboratoire pharmaceutique, et intense débat médiatique qui a suivi sur les risques associés à ces pilules dites de « nouvelle génération ». L'enquête Fecond 2013 enregistre la baisse du recours à la pilule, au profit d'autres méthodes hormonales ou des méthodes naturelles.

concernées par la contraception⁴⁸⁸ sont suivies à 81 % par un médecin pour leur contraception, dont 77 % par un gynécologue, 21 % par un généraliste, et 2 % par un autre médecin. Des écarts sociaux importants sont enregistrés, les femmes des milieux les plus favorisés étant davantage suivies pour leur contraception par un gynécologue que les autres femmes (Bajos *et al.*, 2012).

La contraception constitue à plusieurs titres un objet particulier de la médecine. Elle concerne une grande majorité de la population, y compris les professionnel·le·s qui la prescrivent. En outre, un produit contraceptif n'est que très rarement prescrit pour guérir une pathologie. Son caractère non thérapeutique transforme la situation habituelle de prescription, car il n'y a ni maladie à diagnostiquer, ni patiente en demande de soins.⁴⁸⁹ Enfin, l'efficacité de la contraception n'est pas déterminée par la justesse d'un diagnostic posé par le prescripteur, mais par l'adéquation de la méthode avec le mode de vie et les préférences des usager·e·s (Bajos et Ferrand, 2002). Il s'agit d'une interaction médicale où c'est le choix de l'usagère, et non celui du médecin, qui conditionne l'efficacité du traitement. Si l'objectif des prescripteurs est de garantir l'efficacité de la contraception, leur rôle consiste alors à informer les usagères sur le panel large de méthodes, pour leur permettre d'identifier la méthode qui leur convient le mieux, plutôt que d'orienter vers une méthode *a priori*. Les recommandations nationales et internationales de bonne pratique préconisent en ce sens d'informer sur l'ensemble des méthodes disponibles (INPES, 2007 ; OMS, 2013), la restriction du panel de méthodes proposées pouvant constituer une barrière à l'accès à une contraception efficace en pratique (Speidel *et al.*, 2008 ; Aubin *et al.*, 2009 ; Buhling Zite *et al.*, 2014). En matière de contraception, les médecins se situent donc dans une posture professionnelle inhabituelle, plus proche du conseil que du diagnostic ou du soin (Gelly, 2006).

Afin de comprendre la spécificité d'un modèle contraceptif, trois types d'analyse peuvent être envisagés. La première approche, la plus développée en France, consiste à interroger les pratiques et attentes des usager·e·s et les logiques sociales qui sous-tendent le recours contraceptif.⁴⁹⁰ La seconde approche s'intéresse à l'interaction entre femmes et médecins. Comme toute interaction, celle-ci est marquée par des rapports de domination liés

⁴⁸⁸ En âge de procréer, ayant des rapports hétérosexuels, ne souhaitant pas être enceintes.

⁴⁸⁹ On utilise le terme de « patiente » lorsque l'on fait référence au point de vue du médecin dans l'interaction avec « sa » patiente. Nous parlons de « femmes » lorsqu'il s'agit des usagères effectives de contraception (la contraception en France étant largement pensée par les médecins et les couples comme une responsabilité avant tout féminine, bien que certains hommes s'impliquent dans la maîtrise de la fécondité) ; et réservons le terme neutre « d'usager·e·s » pour les personnes théoriques auxquelles sont censées s'adresser les recommandations contraceptives des médecins, ou pour le recours contraceptif dans d'autres pays que la France.

⁴⁹⁰ Enquêtes Ined-Insee (1978, 1988, 1994) et Inserm-Ined (Cocon, 2000-2004 ; Fecond 2010 et 2013) sur la contraception en France.

au niveau socio-économique des patient·e·s (Boltanski, 1971), à leurs ressources sociales et à leurs croyances (Fainzang, 2001). H. Bretin (1992) a ainsi montré que les médecins ont un rôle non négligeable dans la formation des attentes et dans les pratiques contraceptives des femmes. Ses travaux renvoient à une dernière approche, peu mise en œuvre dans les travaux français, consistant à centrer l'analyse sur les médecins eux-mêmes, en interrogeant les logiques qui sous-tendent leurs recommandations contraceptives.

Des études européennes proposant une approche comparative soulignent que les recommandations des médecins peuvent limiter le panel contraceptif proposé aux femmes. Elles montrent qu'à l'échelle nationale, c'est une contraception recommandée par les prescripteurs plutôt que demandée par les femmes qui s'impose (Grove and Hooper, 2011 ; de Irala *et al.*, 2011). Si ces enquêtes ont mis au jour l'influence des médecins sur les pratiques contraceptives des femmes, elles ne se sont pas jusqu'alors intéressées aux logiques qui structurent les prescriptions contraceptives. Étudier les recommandations contraceptives des médecins permet d'éclairer ces logiques de prescription. Le terme de « recommandation contraceptive » renvoie aux méthodes que les médecins prennent le temps d'évoquer, de présenter, de proposer, ou même dont ils explicitent le fonctionnement au cours d'une consultation. Ces recommandations interviennent en effet au cœur du processus de négociation entre l'usagère et le médecin, en amont du choix effectif de celle-ci et de la prescription médicale (s'il y a prescription, certains contraceptifs ne relevant pas d'une ordonnance médicale). Et ce d'autant plus que les médecins, seuls autorisés à prescrire des contraceptifs depuis 1967 jusqu'à une période récente (2009, où la prescription contraceptive a été élargie aux sages-femmes), font figure d'autorité en la matière, et jouissent d'une certaine autonomie dans leur prescription que leur confère leur statut d'« expert » (Freidson, 1970). Situer l'analyse au niveau de ce que les médecins déclarent recommander, en amont de ce qui est effectivement prescrit, permet ainsi d'appréhender à la fois leurs représentations, leurs connaissances et leur expérience en matière contraceptive. Cela permet d'éclairer le rôle que jouent les prescripteurs dans le recours contraceptif, indépendamment de ce qui est demandé par les femmes ou prescrit à l'issue de la consultation.

Plusieurs dimensions sont susceptibles de structurer les recommandations des médecins, en premier lieu leur formation et leurs connaissances sur la contraception : la formation universitaire est complétée par l'auto-formation (lecture de presse médicale ou des rapports des autorités sanitaires), et par la formation continue. Q. Ravelli (2015) et J. Greffion (2014) soulignent dans leurs travaux que les industries suppléent à certains vides de formation

laissés par l'État et par la profession médicale elle-même, par le financement des congrès et de ces « représentants de commerce hautement qualifiés » que sont les visiteurs médicaux.

Les recommandations sont également façonnées par les représentations qu'ont les médecins de la sexualité des patientes et des différentes méthodes de contraception. L. Ruault (2015) a montré que les gynécologues présentent et recommandent les méthodes différemment à leurs patientes en fonction de leur âge, essayant de dissuader les plus jeunes de recourir au DIU et les plus âgées à la pilule ou au préservatif. Ces recommandations se basent davantage sur des *a priori* sur la sexualité de leurs patientes ou sur une référence à un âge socialement valorisé de la maternité (25-35 ans en France) que sur une expérience clinique ou sur une demande exprimée par la patiente lors de la consultation. Dans ses enquêtes sur l'implant et sur les contraceptifs injectables, H. Bretin (1992, 2004) montre que les médecins perçoivent ces contraceptifs comme « marginaux » et les associent à certaines catégories de femmes étiquetées comme déviantes dans leur recours contraceptif. Les recommandations contraceptives sont ainsi en partie déterminées par les représentations des médecins sur les différentes méthodes alternatives à la pilule (Buhling, Zite, *et al.*, 2014 ; Ventola, 2014) et par leurs propres capacités à les mettre en œuvre, un médecin ne sachant pas poser de dispositif intra-utérin pouvant avoir des réticences à le recommander.

Ces différentes dimensions peuvent induire une certaine hétérogénéité dans les recommandations des médecins. Nous souhaitons interroger l'impact de cette hétérogénéité sur le choix offert aux usagères, ainsi que sur son éventuelle contribution à la centralité de la pilule dans le paysage contraceptif français. Notre travail se base sur les données d'une enquête par questionnaire auprès de généralistes et gynécologues en France (enquête Fecond 2010, voir Encadré 1). Cet article analyse les déclarations de recommandations contraceptives, permettant de construire le paysage normatif des professionnels en tant qu'experts, mais aussi en tant qu'acteurs sociaux : l'exclusion de certaines méthodes est révélatrice de leur disqualification professionnelle *et* sociale, même si cette disqualification n'est pas toujours en lien avec ce que préconisent les autorités de santé nationales et internationales. Ce travail propose une approche quantitative pour l'instant peu explorée dans les travaux français sur le sujet, qui prolonge et confirme les analyses d'un travail qualitatif (entretiens et analyse institutionnelle) sur les pratiques médicales en matière contraceptive.⁴⁹¹

⁴⁹¹ Cécile Ventola, *Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre : l'exemple de la contraception masculine*, thèse de doctorat en santé publique en cours (Université Paris Sud XI), soutenance prévue début 2017.

Une première partie de l'analyse nous permettra de prendre la mesure de l'hétérogénéité des recommandations contraceptives chez les médecins enquêtés, ce qui nous conduira à interroger les logiques qui sous-tendent ces recommandations, et à caractériser des types de prescripteurs. Un second temps permettra d'étudier les logiques socio-professionnelles et les ressources personnelles qui structurent ces recommandations, pour tenter d'éclairer dans quelle mesure les pratiques professionnelles de ces « experts » sont aussi guidées par des logiques profanes, au sens où elles ne découlent pas d'une expertise professionnelle mais de l'expérience des prescripteurs en tant qu'usagers de contraceptifs (Freidson, 1970).

Encadré 1 : Méthodologie

L'enquête Fécond 2010, volet « Médecins » :

Cet article s'appuie sur les données du volet « Médecins » de l'enquête Fécond (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles, dir. N. Bajos et C. Moreau, coord. A. Bohet) réalisée en 2010. L'enquête visait à explorer divers enjeux en santé sexuelle et reproductive du côté des différents acteurs impliqués (femmes, hommes, médecins), et à pallier le manque d'études sur l'implication des hommes et des professionnels de santé dans ce domaine.

Le volet « Médecins » de l'enquête rend compte de la formation, des pratiques et des représentations des gynécologues et de généralistes, pratiquant en cabinet ⁴⁹² en France métropolitaine. L'enquête réalisée en 2011 après un tirage aléatoire stratifié sur la spécialité (à partir de la base Adélie de la CNAMTS, contenant le nom, la spécialité, les adresses et numéros de téléphones professionnels des médecins) a permis d'interroger 1011 médecins généralistes ou gynécologues exerçant en cabinet de ville. Une lettre adressée aux médecins présentait l'enquête et offrait la possibilité de remplir le questionnaire par Internet, ou de renvoyer une version papier par la poste. Pour améliorer la participation, deux lettres de relance ont été envoyées, et une relance téléphonique a été effectuée. Le taux de réponse (45 %) correspond aux taux de réponses habituels dans les enquêtes auprès des médecins, qui justifient leur faible participation principalement par le manque de temps et leur refus de principe de participer à des enquêtes (Gautier, 2011). Il est probable que l'échantillon constitué surreprésente les médecins qui se sentent concernés ou du moins intéressés par les enjeux de santé sexuelle et reproductive. En ce sens, notre analyse n'a pas pour objectif premier d'être représentative de l'ensemble des médecins, mais de donner à voir, au sein d'une population probablement mieux informée en santé sexuelle et reproductive que la moyenne des médecins, une diversité des pratiques et de saisir les logiques qui les structurent.

⁴⁹² Ils peuvent exercer dans d'autres lieux (centres de santé, hôpitaux, centres de PMI), mais au moins une partie de leur activité se déroule en cabinet.

Analyse :

Notre objectif est de distinguer des profils de prescripteurs de contraception, en partant des pratiques de recommandations des praticiens ; puis, de caractériser ces profils par des variables socio-professionnelles, personnelles, et renvoyant à leurs représentations. Pour établir cette typologie, nous avons eu recours à une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) et à une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) sur les recommandations contraceptives des médecins. Pour chaque méthode de contraception, la fréquence de recommandation sur les douze derniers mois était demandée aux médecins (« Concernant la contraception, avez-vous recommandé les méthodes suivantes au cours des 12 derniers mois ? »). Les réponses possibles étaient « Souvent, Parfois, Rarement, ou Jamais ». Une fois la typologie obtenue, des variables supplémentaires renvoyant aux caractéristiques, opinions et indicateurs de formation des médecins ont été projetées dans l'espace des pratiques. Les modalités associées à un profil de prescription plutôt qu'à un autre permettent de préciser les caractéristiques des types de prescripteurs.

Compte tenu des différences au niveau des pratiques professionnelles, de la formation et des types de patientèle, nous avons mené deux séries d'analyses séparées pour les gynécologues et les généralistes, ce qui permet de prendre en compte les structures de pratiques liées à l'activité (centrée sur la contraception ou au contraire diversifiée sur de multiples pathologies). Ce parti pris n'empêche pas des similarités dans les structures d'opposition des deux sous-populations (voir *supra*), qui rendent leurs logiques de recommandation comparables. Nous avons exclu de l'analyse les personnes qui n'ont pas répondu à la question de la prise en charge contraceptive, ou qui n'ont répondu à aucune des questions sur les recommandations contraceptives (18 personnes). Celles et ceux qui ont répondu qu'ils adressaient à un autre spécialiste dans la prise en charge contraceptive ont été inclus lorsqu'ils déclaraient par ailleurs émettre des recommandations contraceptives. Notre analyse porte sur 993 médecins généralistes ou gynécologues exerçant en cabinet de ville (98 % de l'échantillon initial).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles, formation et opinion des médecins en fonction de leur spécialité (gynécologues ou généralistes), en pourcentage

	Gynécologues (n=412)	Généralistes (n=581)
Sexe		
Femme	71,6	39,2
Homme	28,4	60,8
Age		
30-39 ans	4,2	12,3
40-49 ans	5,9	21,8
50-54 ans	26,5	19,7
55-59 ans	33,4	23,3

+60 ans		30	23
Spécialité			
Gynécologie obstétrique		52,7	-
Gynécologie médicale		47,3	-
Médecine générale		-	67
Médecine générale mode d'exercice particulier		-	33
A reçu une formation complémentaire hospitalière ou universitaire			
Généralistes : en gynécologie / obstétrique		-	7,3
Généralistes : en IVG / contraception		-	6
En sexologie		14,9	4,8
A suivi au moins une fois au cours des trois dernières années une FMC (ou participé à des congrès) en :			
Contraception :		78,9	53,3
Sexologie - Médecine sexuelle :		45,2	22,5
A reçu au moins une fois la visite d'un visiteur médical sur les 12 derniers mois pour présenter :			
Une pilule 3e génération :		97,3	73,6
Un DIU au cuivre :		92,2	26
Un DIU à la progestérone :		97,6	35
Un implant contraceptif :		92,9	41,2
Est favorable à ce que la pilule contraceptive soit disponible sans ordonnance en pharmacie pour :			
Les pilules œstro-progestatives	Oui	5	7,9
	Non	95	92,1
Les pilules progestatives seules	Oui	13,7	11,6
	Non	86,3	88,4
Est favorable à ce que la pilule contraceptive soit prescrite par :			
...des infirmières	Tout à fait / Plutôt	13,3	22,5
	Plutôt pas / pas du tout	86,7	77,5
...des sage femmes	Tout à fait / Plutôt	42	68,1
	Plutôt pas / pas du tout	58	31,9

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

I. Des recommandations contraceptives hétérogènes

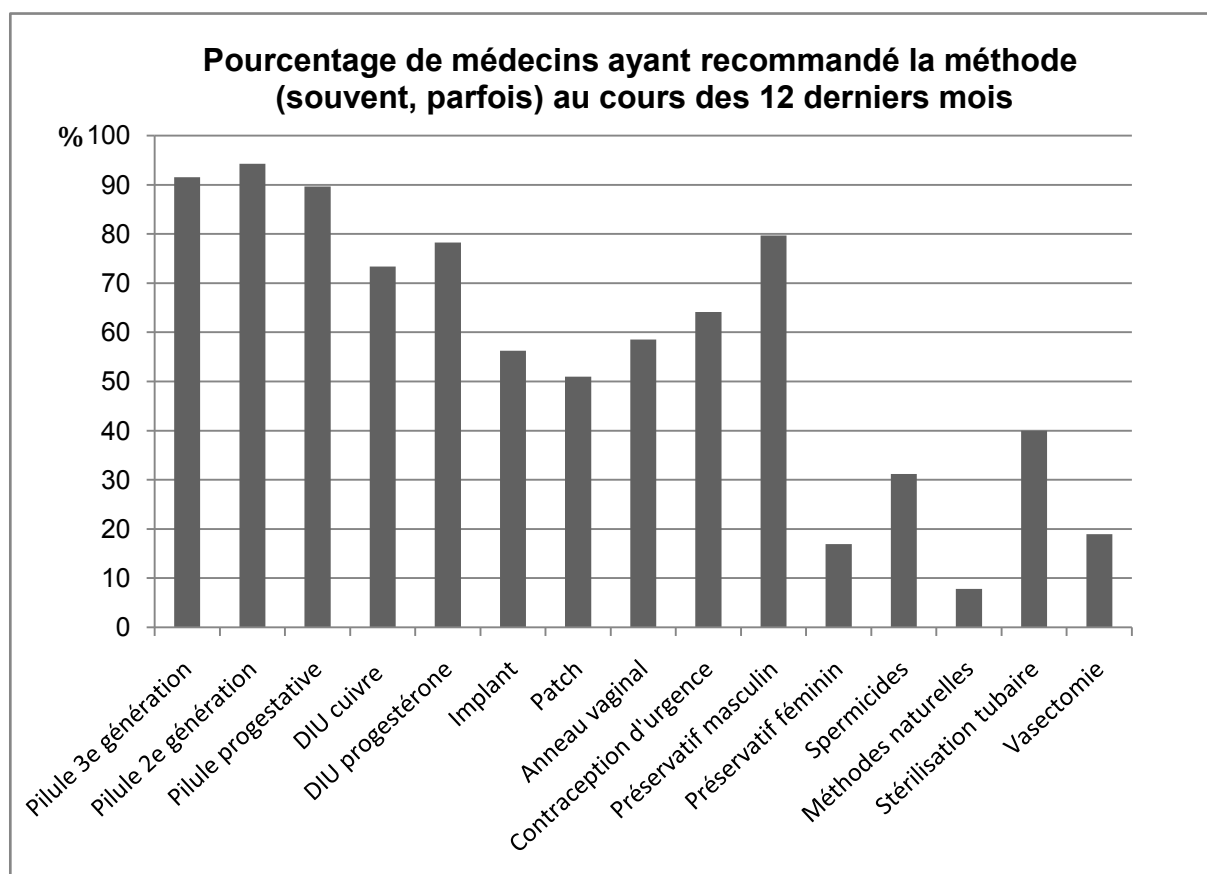
Une part importante des médecins de l'enquête restreint ses recommandations à la pilule et éventuellement au dispositif intra-utérin (DIU), laissant de côté toutes les autres méthodes : préservatifs masculin et féminin, anneau, patch, implant, stérilisations féminine et masculine,

spermicides et méthodes naturelles. Ces restrictions dans les recommandations de certains médecins dessinent des profils de prescripteurs hétérogènes.

Des méthodes contraceptives inégalement considérées

La pilule est recommandée par quasiment tous les médecins de l'échantillon (Figure 1), qu'ils soient généralistes ou gynécologues. Les DIU sont recommandés par plus de 70 % des praticiens interrogés. Le fort taux de recommandation du préservatif peut se comprendre du fait de sa promotion, depuis 1987, comme moyen de prévention du VIH-SIDA. Les autres méthodes sont relativement peu recommandées par l'ensemble des médecins, avec par exemple moins de 60 % des praticiens qui déclarent recommander l'implant, le patch ou l'anneau vaginal.

Figure 1 : Recommandations contraceptives des 12 derniers mois



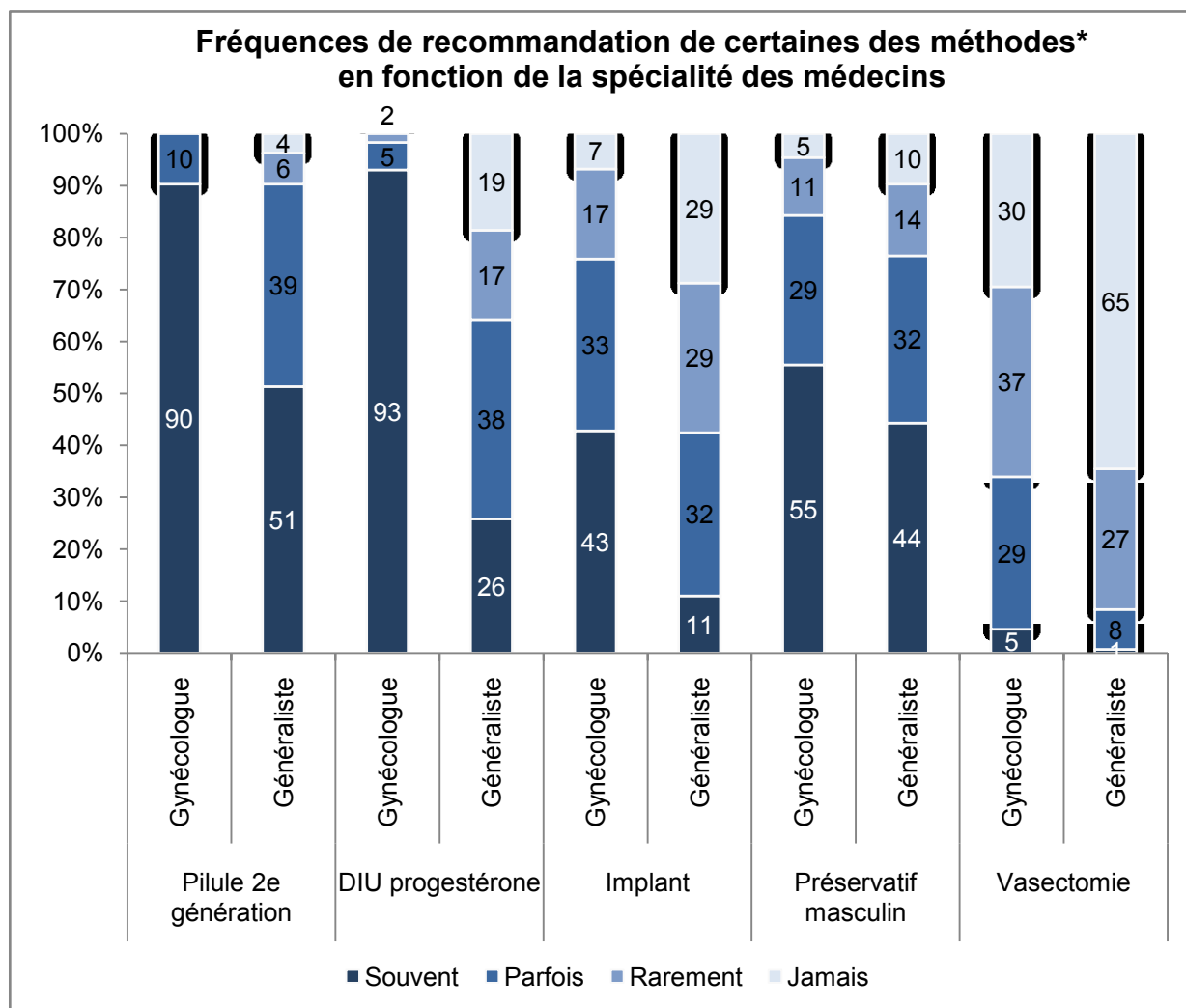
Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : Enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Ces données montrent d'une part la centralité de la pilule dans les recommandations, et d'autre part une hiérarchie entre les méthodes, traduisant les préférences des praticiens, et induisant certaines restrictions dans les recommandations, qui ne font pas état de l'ensemble des méthodes disponibles. Si l'on observe une différence marquée entre les deux spécialités prescriptrices de contraception dans la fréquence et la diversité de leurs recommandations, qui

peuvent traduire des différences d'activité entre gynécologues et généralistes⁴⁹³ (moins centrée sur la prescription contraceptive pour les seconds), on observe également une grande diversité de recommandations au sein de chaque spécialité. Généralistes comme gynécologues adoptent des pratiques variables vis-à-vis des différentes méthodes, et proposent une palette plus ou moins large à leurs patientes (Figure 2).

Figure 2 : Fréquences des recommandations contraceptives sur les douze derniers mois pour différentes méthodes, en fonction de la spécialité



*par souci de lisibilité, nous ne présentons que cinq types de méthodes. Les structures de recommandation de pilules 2^e et 3^e générations étant similaires, de même que celles du DIU à la progestérone et au cuivre, nous ne présentons qu'une seule des deux méthodes.

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

⁴⁹³La quasi-totalité des gynécologues propose régulièrement la pilule et le DIU et plus de la moitié d'entre eux recommandent d'autres méthodes. Au contraire, si une large majorité de généralistes recommande la pilule (88 %), seulement 60 % d'entre eux recommandent des DIU et moins d'un tiers proposent d'autres méthodes.

En prenant l'exemple de l'implant contraceptif, presque la moitié (43 %) des gynécologues recommande souvent la méthode, un tiers la recommande parfois, et un quart rarement ou jamais. Moins d'un généraliste sur trois la recommande parfois, rarement, ou jamais, et seulement 11 % la recommande souvent.

Ces résultats traduisent l'absence de standardisation des pratiques médicales, qui a pour conséquence un accès inégal des utilisatrices aux différentes méthodes en fonction du médecin prescripteur auquel elles s'adressent. Ces pratiques s'écartent des préconisations nationales et internationales en matière de contraception (HAS, 2004 ; OMS, 2013), qui insistent sur l'importance d'informer les utilisatrices sur l'ensemble des méthodes disponibles, dans le but de permettre la meilleure adéquation possible entre la méthode de contraception choisie et les préférences et mode de vie des personnes concernées. Ces préconisations officielles sont plus ou moins connues des professionnels : 80% d'entre eux pensent par exemple qu'il n'est pas recommandé de poser un DIU à une femme nullipare alors que l'Organisation Mondiale de la santé et la Haute Autorité de Santé énoncent l'absence de contre-indication liée aux nombres de grossesses.

Cette absence de standardisation est à mettre en relation avec l'organisation de la médecine en France qui accorde une grande autonomie prescriptive aux praticiens, *via* le système libéral. Il n'existe pas de mécanisme de supervision de l'application des recommandations de santé lors de la consultation, et notamment de la mise à disposition effective d'un large panel de méthodes contraceptives par les médecins. Dans d'autres pays européens, comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, les pratiques prescriptives font l'objet d'un encadrement étroit de la part des autorités sanitaires ou par les pairs. Cela a pour conséquence une moindre variabilité des pratiques et leur plus grande proximité avec les normes préconisées à l'échelle nationale en matière de prescription médicamenteuse (Burrows, 2010 ; Rosman, 2010), et donc une plus grande diversité de méthode recommandées aux usager·e·s (Ventola, 2016).

La situation française se traduit par une prédominance de la pilule contraceptive dans les recommandations des médecins. Plusieurs hypothèses permettent d'éclairer et de prolonger les résultats qui précèdent. Il est probable que la pilule constitue la méthode la plus facile à prescrire pour les médecins, puisqu'elle ne demande pas d'intervention particulière (contrairement au DIU ou à l'implant). Elle fait parfois l'objet d'un renouvellement d'ordonnance, voire d'une prescription, lors de consultations qui ne sont pas consacrées à la contraception, sans rappel des alternatives et des modalités de prise (Bertin-Steunou *et al.*,

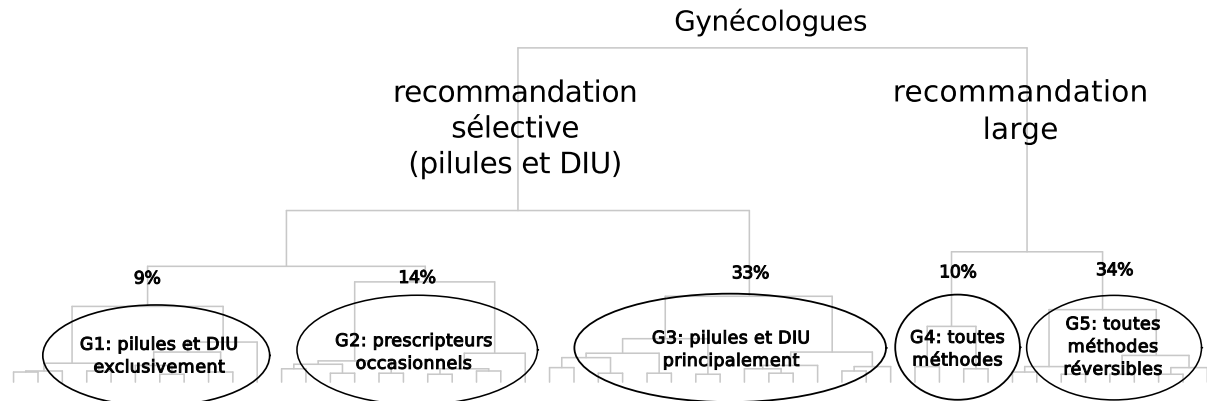
2010). D'autres méthodes comme l'anneau contraceptif ou le préservatif peuvent nécessiter des explications quant à la mise en place, et donc une éventuelle discussion sur la sexualité qui peut gêner les praticiens, tandis que la prescription d'une pilule peut faire l'impasse sur ces dimensions intimes, pour les médecins peu à l'aise avec les questions touchant à la sexualité de leurs patient·e·s (Higgins and Hirsch, 2007).

Par ailleurs, l'utilisation d'une pilule s'accompagne d'un suivi régulier, la prescription devant être renouvelée tous les six mois (un an depuis juillet 2012), ce qui implique des enjeux financiers différents des méthodes long cours. Cette méthode favorise une certaine fidélisation de la patientèle qui est importante dans le système de santé français où les praticiens sont rémunérés selon le principe du paiement à l'acte, et où chaque consultation est source de revenus. Une comparaison entre pays européens a permis de montrer que le mode de rémunération mis en place au niveau national a un impact sur les logiques de prescription, la consommation de médicaments et la relation thérapeutique (Rosman, 2010). Cette hypothèse, que les données de l'enquête ne nous permettent pas de vérifier, apparaît d'autant plus importante en France qu'il existe une spécialité dont une grande partie de l'activité repose sur la contraception, la gynécologie médicale (la gynécologie obstétrique est davantage centrée sur la prise en charge médico-chirurgicale des grossesses). Cette logique éclaire potentiellement la volonté des médecins de conserver le monopole de leur pouvoir de prescription. L'enquête montre en effet qu'une large majorité de médecins n'est pas favorable à ce que la pilule contraceptive soit disponible sans ordonnance en pharmacie ; que moins d'un quart est favorable à ce qu'elle puisse être prescrite par des infirmières ; et que presque 60 % des gynécologues ne sont pas favorables à ce qu'elle soit prescrite par des sages-femmes (Tableau 1, *infra*). Les gynécologues apparaissent dans ce domaine davantage protectionnistes de leur compétence prescriptive que les médecins généralistes.

Une hétérogénéité des types de prescripteurs

L'inégale considération des méthodes contraceptives renvoie à des profils spécifiques de prescripteurs. La classification ascendante hiérarchique réalisée à partir de l'analyse factorielle sur les recommandations contraceptives des médecins met en évidence plusieurs profils de prescripteurs, en fonction de leur fréquence de recommandation de chaque méthode, et de la variété de leurs recommandations. Les figures 3 et 4 présentent les représentations graphiques (dendrogrammes) de ces classifications sur les gynécologues et les généralistes, et la typologie élaboré à partir des résultats de la classification.

Figure 3 : Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les gynécologues



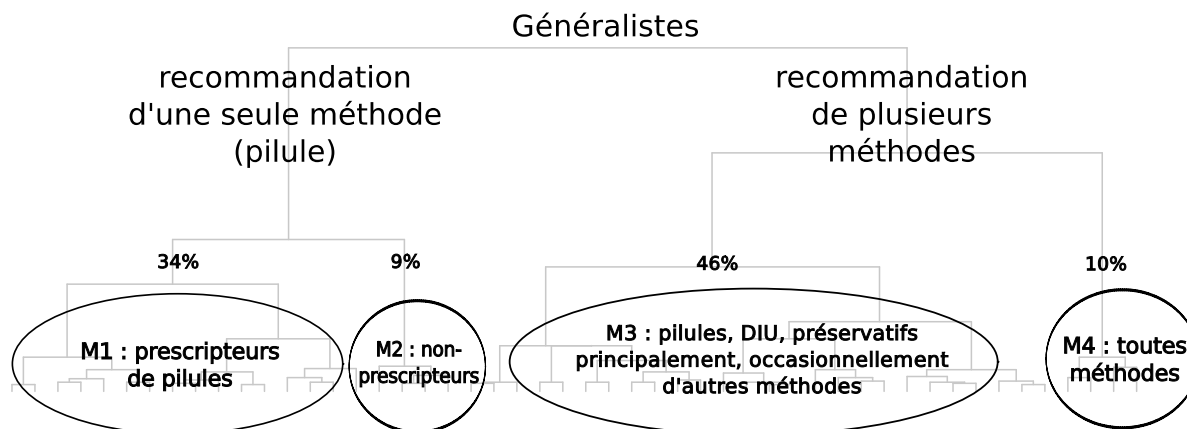
Champ : médecins gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Chez les gynécologues, dont l'activité est en partie dédiée à la contraception et qui en sont les principaux prescripteurs en France, on observe un partage entre les médecins centrés sur un nombre restreint de contraceptifs, et ceux qui recommandent une variété de méthodes. Les deux premières catégories (G1 et G2, 23 % des gynécologues) recommandent rarement ou jamais d'autres méthodes que les pilules ou que les DIU (G1). Le groupe G3 (33 % des gynécologues) se distingue par une recommandation plus fréquente de DIU et de pilules, et propose parfois d'autres méthodes. En opposition à ces trois groupes se trouvent les gynécologues qui recommandent souvent une pluralité de méthodes. Le groupe G4 (10 % des gynécologues) propose toutes les méthodes sans établir de hiérarchie entre elles (y compris la stérilisation tubaire et la vasectomie), tandis que le groupe G5 (34 % des gynécologues) recommande souvent la plupart des méthodes, sauf la stérilisation tubaire, la vasectomie, les méthodes naturelles et le préservatif féminin.

Un partage similaire entre recommandation restreinte et recommandation large se retrouve chez les généralistes, avec une focalisation plus marquée sur la pilule contraceptive (Figure 4).

Figure 4 : Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les généralistes



Champ : médecins généralistes pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Le premier sous-ensemble est constitué par des généralistes qui ne recommandent qu'une seule méthode, de manière plus ou moins fréquente (43 % des généralistes). Le groupe M1 (34 % des généralistes) propose les différentes pilules, parfois le préservatif masculin, et rarement ou jamais d'autres méthodes. S'ajoutent aux médecins généralistes restrictifs dans leurs recommandations, les praticiens qui ne prennent que partiellement en charge la contraception dans leur pratique, et qui recommandent occasionnellement des pilules, jamais d'autres méthodes (M2, 9 % des généralistes). Nous les avons appelés les « non-prescripteurs », car la contraception ne semble représenter qu'une part négligeable de leur activité. À l'inverse, les groupes M3 et M4 proposent aux femmes plusieurs méthodes contraceptives, quoique inégalement considérées. 46 % des généralistes interrogés (M3) recommandent souvent les méthodes les mieux connues (pilule, DIU, préservatif), et moins souvent les méthodes hormonales alternatives (patch, implant, anneau, contraception d'urgence), les spermicides et la stérilisation tubaire, et jamais les méthodes les moins connues ou les moins légitimes en France (vasectomie, préservatif féminin, méthodes naturelles). Enfin, une petite partie de notre échantillon de généralistes (M4, 10 %) recommande toutes les méthodes sans établir de hiérarchie entre elles, et sans en discriminer certaines *a priori*.

Cette typologie confirme la centralité de la pilule dans les recommandations de tous les praticiens, mais aussi l'inégale considération des autres méthodes contraceptives, et la manière dont différents profils de médecins écartent *a priori* certaines méthodes. Dans une enquête qui aurait tendance à sur-sélectionner les médecins qui se sentent concernés ou intéressés par les questions de santé sexuelle et reproductive, on perçoit une forte variabilité

des recommandations contraceptives. Une part non négligeable (presque la moitié) de médecins recommande une faible diversité de méthodes (pilule ou DIU). En outre, chez la plupart des médecins qui proposent une diversité de méthodes, il demeure une hiérarchie entre les différentes méthodes contraceptives, qui ne renvoie pas seulement à une logique d'efficacité ou de simplicité de la méthode. Ces médecins ne recommandent par exemple que rarement voire jamais la vasectomie, qui est pourtant la méthode la plus efficace après l'implant et le DIU hormonal, et représente une intervention moins lourde et moins coûteuse que la stérilisation tubaire, pourtant plus fréquemment recommandée.

Afin de mieux comprendre ces profils de prescripteurs, nous avons cherché à étudier les caractéristiques socio-professionnelles et les représentations de la contraception associées à chacune de ces catégories de médecins.

II. Des logiques de prescription façonnées par les caractéristiques individuelles des médecins

Aux profils de prescripteurs dessinés par nos classifications correspondent des univers normatifs différenciés, où les « bonnes » pratiques professionnelles varient en même temps que la légitimité accordée par les médecins à certaines méthodes plutôt qu'à d'autres. Cette légitimité s'inscrit dans les représentations qu'ont les médecins de la meilleure contraception pour les femmes, et des causes possibles des échecs contraceptifs. Les représentations sont façonnées par la formation et l'information des médecins en matière contraceptive, ainsi que par les contextes professionnels dans lesquels ils évoluent. L'annexe 1 synthétise les profils de prescripteurs selon plusieurs variables supplémentaires sur la formation, les caractéristiques socio-professionnelles et les représentations des méthodes contraceptives.

Des médecins inégalement formés et informés

Les profils de prescripteurs donnent à voir un lien entre diversité des recommandations et niveaux de formation en contraception. Et ce, qu'il s'agisse de la formation universitaire, de la formation continue en grande partie dispensée par l'industrie pharmaceutique (visiteurs médicaux, congrès et formations médicales continues, cf. Greffion, 2014 ; Ravelli, 2015),⁴⁹⁴ ou de l'auto-formation *via* la presse médicale et les rapports des autorités de santé.

⁴⁹⁴ Si le fait que la formation continue est principalement assurée par l'industrie ne va pas sans poser des problèmes de conflit d'intérêts, notons que dans notre classification la formation universitaire, l'auto-formation et la formation par l'industrie (visiteurs médicaux et congrès) semblent aller dans le même sens, certains médecins cumulant les différents types de formation ou au contraire n'en ayant connu aucun. Ceci semble

Les travaux sur la formation médicale en contraception mettent en évidence une formation initiale quasi inexistante dans ce domaine (Gelly, 2006). Par la suite, les médecins sont généralement peu formés à la prise en charge de la contraception au cours de leur cursus d'internes, hormis les internes en gynécologie (médicale et obstétrique), ou les généralistes qui choisissent de suivre une formation universitaire en obstétrique (7 % des généralistes de l'enquête) ou en IVG – Contraception (6 % des généralistes).

Ces disparités dans la formation universitaire se renforcent au cours de la carrière des médecins, *via* l'inégal investissement dans la formation continue. La classification sur les généralistes montre que ceux qui proposent seulement la pilule de manière occasionnelle (groupe M2), et ceux qui recommandent rarement d'autres méthodes que la pilule (groupe M1) n'ont pas suivi de formation médicale continue (FMC) en contraception sur les trois dernières années, n'ont pas reçu de visiteurs médicaux pour des produits contraceptifs sur cette même période, et ne connaissent pas les préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la contraception publiées en 2004. À l'inverse, les généralistes qui proposent d'autres méthodes que la pilule (M3 et M4) ont suivi plusieurs formations à la contraception sur les trois dernières années, signalent avoir reçu des visiteurs médicaux pour l'implant, la pilule de 3^e génération, les DIU au cuivre et à la progestérone, et déclarent connaître les rapports des autorités de santé sur la contraception et lire régulièrement des revues médicales. Ces résultats suggèrent donc des disparités entre les généralistes formés *a minima* ou non formés, et les médecins qui entreprennent une démarche pour se former en matière contraceptive, renvoyant à une « spécialisation informelle » développée selon leur intérêt et leur conception personnelle de la médecine et du patient. Ces disparités de formation tiennent également à la variabilité des carrières professionnelles des médecins (Bloy, 2011). Elles semblent par exemple renforcées par la diversité des lieux d'exercice. Les recommandations contraceptives sont en effet plus variées chez les généralistes qui exercent dans des structures collectives (centre hospitalier, clinique privée, cabinet privé de groupe) que chez les médecins qui exercent seuls en cabinet privé. L'exercice médical au sein d'une structure collective peut en effet permettre de pallier l'absence de formation par la circulation de l'information et de savoir-faire entre collègues.

confirmer l'analyse de Jérôme Greffion selon laquelle les médecins peuvent utiliser la visite médicale comme une « formation continue économique et commode » pour de nouveaux produits pharmaceutiques, sans nécessairement laisser aux visiteurs médicaux la maîtrise de l'interaction.

Chez les gynécologues, bien que la formation en contraception fasse partie du cursus universitaire, on retrouve un antagonisme similaire dans le lien entre recommandations et degrés de formation. Le clivage s'établit non pas entre faibles prescripteurs et les autres, mais entre ceux qui limitent leurs recommandations à la pilule et au DIU, et ceux qui proposent aux femmes un panel de méthodes plus large. Les premiers n'ont pas suivi de formation en sexologie – médecine sexuelle (G1) ou sont spécialisés en obstétrique (G2), ne sont pas en contact avec des visiteurs médicaux (G1, G2) et n'ont pas suivi de FMC ou de congrès en santé sexuelle et reproductive au cours des trois dernières années, tandis que les seconds sont davantage formés et informés en matière contraceptive.

Le poids des représentations profanes

Les médecins les moins bien formés en contraception partagent des savoirs profanes sur les méthodes long cours qui vont à l'encontre des études sur l'efficacité contraceptive, considérant par exemple que le DIU n'est pas la méthode réversible la plus efficace (groupe G1), et l'associant à un risque élevé d'infection pelvienne (M2).⁴⁹⁵ Si ces médecins se déclarent peu à l'aise pour aborder avec leurs patientes les problèmes associés aux contraceptifs (intolérance au DIU, effets secondaires de la pilule, IVG, grossesses non prévues), leur absence de formation spécifique se traduit surtout dans leurs représentations négatives des méthodes long cours. Elles et ils jugent les stérilisations féminines et masculines sans intérêt ou inutiles car il existerait d'autres moyens réversibles aussi efficaces (G1, G2, M1, M2). Par ailleurs, les grossesses non prévues sont dans ces groupes davantage renvoyées à des enjeux psychologiques (insouciance vis-à-vis du risque de grossesse, ambivalence des femmes face au désir d'enfant) qu'à des difficultés techniques (échecs de DIU, de préservatifs, ou de méthodes naturelles, difficultés d'observance de la contraception).

À l'inverse, les médecins les mieux formés en santé sexuelle et reproductive et qui recommandent la plus grande diversité de méthodes sont ceux qui se sentent le plus à l'aise pour aborder toutes les thématiques contraceptives, qui attribuent les grossesses non prévues à des erreurs techniques plus qu'à des défaillances psychologiques, et qui ne jugent ni le DIU ni les méthodes de stérilisation dangereuses ou inutiles.

⁴⁹⁵ La question de la contre-indication du DIU chez les nullipares est ambivalente : tant les généralistes seulement prescripteurs de pilules (M1) que les généralistes non discriminants spécialisés en contraception (M4) considèrent qu'il est contre indiqué. Il serait intéressant d'investiguer si cette opinion est adoptée pour la même raison chez ces deux profils de prescripteurs.

À travers ces représentations de la contraception se pose la question du choix laissé aux utilisatrices, et de la conception qu'ont les praticiens de leur rôle dans ce choix. Renvoyer les échecs contraceptifs à des caractéristiques psychologiques individuelles permet d'occulter la question de l'adéquation des méthodes à leurs utilisatrices, et de la responsabilité professionnelle dans cette adéquation. En outre, le fait de sélectionner *a priori* les méthodes contraceptives à recommander (et d'en écarter implicitement certaines comme étant des mauvaises méthodes) laisse penser que la prise en compte des attentes et contraintes individuelles des usager·e·s n'est pas au centre des recommandations des médecins les moins bien formés.

L'expérience contraceptive des médecins au cœur de leurs recommandations

En l'absence de formation standardisée, les caractéristiques personnelles et l'expérience contraceptive – en tant qu'usagers – des médecins sont d'autant plus susceptibles d'orienter leurs recommandations. Le sexe du médecin est d'ailleurs explicitement associé à certains profils de prescripteurs : chez les généralistes, les prescripteurs de pilules (M1) sont principalement des hommes, tandis que les recommandations diversifiées sont principalement le fait de femmes (M3). Chez les gynécologues, on retrouve le même clivage entre des profils relativement plus masculins qui recommandent peu de méthodes, et des profils relativement plus féminins associés à des recommandations diversifiées. Cette forte féminisation des médecins diversifiant leurs recommandations fait écho à l'attribution traditionnelle des responsabilités contraceptives au sein du couple aux femmes exclusivement, et à la croyance en une expertise féminine « naturelle » en matière de santé reproductive. Cet enjeu de genre se retrouve, au niveau professionnel, dans le fait que la gynécologie, et particulièrement la gynécologie médicale, est l'une des spécialités médicales les plus féminisées (Bessière, 2005). Les représentations traditionnelles genrées semblent donc structurer les logiques prescriptives, les femmes médecins étant plus soucieuses des enjeux de santé sexuelle et reproductive que leurs homologues masculins, et plus enclines à se former sur ces questions.

L'importance des expériences personnelles en matière de contraception s'illustre également par le lien entre utilisation d'une méthode contraceptive par le médecin et recommandation de cette méthode (Tableau 3).

Tableau 3 : Rapport de chances relatives (odds-ratios bruts) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire.

Méthode utilisée par les médecins avec leur partenaire	Pourcentage de médecins qui l'ont utilisée	Pourcentage de recommandation chez ceux qui l'ont utilisée	OR de recommandation	95 % IC
Pilule 3e génération	39 %	97 %	3,9***	[2,12;7,13]
Pilule 2e génération	72 %	95 %	2,0*	[1,14;3,40]
Pilule progestative	21 %	93 %	1,7	[0,81;3,52]
DIU cuivre	43 %	86 %	3,5***	[2,52;4,81]
DIU progestérone	22 %	84 %	1,7*	[1,11;2,45]
Implant	1,6 %	81 %	3,4	[0,97;12,1]
Anneau	6,1 %	87 %	5,1***	[2,38;10,8]
Préservatif masculin	59 %	84 %	1,8***	[1,35;2,52]
Préservatif féminin	1,7 %	29 %	2,1	[0,72;5,96]
Spermicides	16 %	54 %	3,2***	[2,25;4,47]
Retrait, méthodes naturelles	19 %	14,2 %	2,5***	[1,49;4,03]

* Significatif à 10 % ; ** Significatif à 5 % ; *** Significatif à 1 %

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Lecture : La probabilité de recommander la pilule de 3^e génération plutôt que de ne pas le faire est 3,9 fois plus grande lorsque le médecin a déjà utilisé la méthode que lorsqu'il ne l'a jamais expérimentée.

Quelle que soit la spécialité et quel que soit le sexe du médecin, le fait d'avoir personnellement utilisé une méthode conduit à la recommander davantage. La probabilité de recommander une méthode plutôt que de ne pas le faire est en effet 2 à 5 fois plus grande lorsque le médecin (ou sa partenaire) a déjà expérimenté la méthode. Et ce, non pas seulement dans le cas des méthodes les moins utilisées (anneau, implant, ou spermicides), mais aussi pour les méthodes les plus connues, et les plus utilisées par les praticiens (pilules de 2^e et 3^e générations, DIU au cuivre, préservatif masculin). Une analyse stratifiée montre également l'impact accru de l'expérimentation de certaines méthodes sur leur recommandation, en fonction du sexe du médecin.⁴⁹⁶

⁴⁹⁶ Avoir déjà utilisé la méthode avec son partenaire accroît davantage les chances relatives des femmes médecins de recommander des pilules de 3^e génération, des DIU, et des méthodes naturelles. Chez les hommes,

Non seulement le fait d'avoir utilisé une méthode conduit à la recommander davantage, mais plus les médecins ont utilisé de méthodes, plus ils font des recommandations diversifiées. Un modèle de régression linéaire expliquant le nombre de méthodes recommandées par le nombre de méthodes utilisées, le sexe et la spécialité, nous montre de manière significative qu'il existe un effet propre du degré d'expérience personnelle du médecin en matière contraceptive sur sa diversité de recommandation.⁴⁹⁷

Au final, l'hétérogénéité des profils de prescripteurs de contraception renvoie à la diversité de leur formation, de leur parcours professionnel, de leur expérience personnelle en matière contraceptive, et de leur identité sexuée.

Conclusion

Le faible encadrement des prescriptions contraceptives favorise des recommandations fondées sur l'expérience profane et les représentations des médecins, ce qui se traduit par une très grande variabilité dans ce qui est effectivement proposé aux usager·e·s (qui sont en France le plus souvent des femmes). L'absence de formation standardisée en contraception a pour conséquence des niveaux variables d'information d'un praticien à l'autre, reposant sur des décisions individuelles de se former et la contingence des parcours professionnels. Ceci, alors même que tous ces médecins sont habilités et amenés à prescrire des produits contraceptifs au cours de leur carrière. Cette première analyse quantitative des logiques de recommandation contraceptive corrobore ce que l'on a pu observer à un niveau plus qualitatif (entretiens et analyse institutionnelle, voir Ventola, 2016). Une grande place est ainsi laissée dans les logiques de prescription à l'expérience personnelle des praticiens, qui n'est façonnée ni par des connaissances théoriques, ni par une expérience liée à la pratique professionnelle, pour une pratique médicale qui s'avère très spécifique, puisqu'elle s'adresse à des personnes non malades. L. Marks (2001) note ainsi que la pilule contraceptive représente l'un des

le fait d'avoir utilisé la méthode avec sa partenaire augmente les chances de proposer des implants, des préservatifs masculins et des méthodes naturelles autre que le retrait. L'expérience personnelle apparaît différenciée chez les médecins hommes et femmes, augmentant inégalement leurs probabilités de recommandations.

⁴⁹⁷ Toutes choses égales par ailleurs, les chances de recommander une méthode supplémentaire augmente de 2 % à chaque fois que le médecin a expérimenté une méthode supplémentaire au cours de sa carrière contraceptive. Cela signifie par exemple qu'un médecin – quel que soit son sexe et sa spécialité – qui a expérimenté six méthodes au cours de sa vie a 32 % de chances en plus qu'un médecin qui n'a connu qu'une seule méthode de recommander une méthode supplémentaire (résultats significatifs au seuil de 1%).

premiers produits pharmaceutiques prescrits dans une telle ampleur à des personnes en bonne santé.

La part de l'expérience profane dans les recommandations contraceptives est sans doute renforcée par le fait que la majorité des médecins (hormis ceux n'ayant pas de relations hétérosexuelles) est concernée personnellement par la contraception et que ce domaine, situé au cœur des rapports de genre, renvoie à la sexualité et à la vie intime. Elle apparaît en outre favorisée par le système de médecine libérale sans encadrement des pratiques, où les logiques qui sous-tendent la prescription contraceptive renvoient à des enjeux normatifs et financiers.

En contradiction avec les normes de diversité des recommandations préconisées par les autorités de santé, le choix contraceptif se centre sur un faible nombre de méthodes, avec une place centrale accordée à la pilule contraceptive. Cette restriction dans les recommandations laisse penser que les femmes n'ont pas totalement le contrôle de leur propre contraception, contrairement à l'idée suggérée par F. Héritier (2002) que la contraception permettrait de subvertir les rapports de genre et la domination masculine (Bajos et Ferrand, 2004). Lorsque le panel contraceptif proposé est modelé par les représentations des prescripteurs et par les jugements portés sur les femmes plutôt que par le principe du consentement éclairé, la relation médicale conserve d'autant plus des aspects paternalistes traditionnels (Jaunait, 2003 ; Ruault, 2015). À l'inverse, l'idée que les médecins puissent être simples conseillers de la décision des usager·e·s remet symboliquement en cause le rapport de pouvoir entre les deux acteurs de la relation, ce qui peut heurter les convictions de nombreux membres de la profession médicale. Le paradigme du médecin seul détenteur du savoir – qui s'incarne dans le refus chez une majorité d'entre eux de laisser d'autres professionnels de santé accéder à ce pouvoir prescripteur – reste relativement fort, quand bien même les médecins ne sont pas spécifiquement ni systématiquement formés à la prescription contraceptive.

La crise médiatique et sanitaire autour des pilules dites de 3^e et 4^e générations – survenue en France fin 2012-début 2013 a contribué à modifier le paysage contraceptif depuis la date de l'enquête qui a nourri cet article (2010). Les études récentes mettent en lumière l'augmentation de l'usage de méthodes alternatives à la pilule (Bajos *et al.*, 2014). Ces évolutions peuvent se lire comme une remise en question du dogme du savoir médical par les femmes, qui se tournent vers des méthodes moins fréquemment recommandées par les praticiens. On peut alors s'interroger sur les bouleversements de l'interaction entre femmes et

médecins qu'a entraînés la forte médiatisation des risques et des préconisations officielles en matière contraceptive. Le mythe du danger du DIU pour les nullipares a par exemple largement été remis en question dans la presse, et dans les pratiques des utilisatrices. Pour autant, cette crise sanitaire majeure ne semble pas avoir entraîné de véritable remise en cause du système de prescription de la contraception. La formation des prescripteurs et leurs recommandations ne font toujours pas l'objet d'un encadrement, et la perspective d'un choix éclairé des femmes ne semble pas être devenu le paradigme de ces experts aux logiques profanes.

Bibliographie

Aubin C., Menninger D.J., Chambaud L., 2009, La prévention des grossesses non désirées : Information, éducation et communication, Inspection générale des affaires sociales.

Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., et al., 2012, La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?, *Population et Sociétés*, 492, 1-4.

Bajos N., Ferrand M., l'équipe GINE, 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.

Bajos N., Ferrand M., 2004, La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ?, *Sciences sociales et santé*, 22, 3, 117-142.

Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C., l'équipe Fécond, 2014, La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?, *Population et Sociétés*, 511, 1-4.

Bertin-Steunou V., Bouquet é., Cailliez é., Tanguy M., Fanello S., 2010, Le médecin généraliste et l'oubli de pilule, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39, 3, 208-217.

Bessière S., 2005, La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage, *Revue française des affaires sociales*, 1, 1, 17-33.

Bloy G., 2011, Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés, *Revue française des Affaires sociales*, 2-3, 11-28.

Boltanski L., 1971, Les usages sociaux du corps, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26e année, 1, 205-233.

Bretin H., 1992, *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de*

médecins, Paris, Inserm.

Bretin H., 2004, Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France, *Sciences sociales et santé*, 22, 3, 87-110.

Buhling K.J., Klovekorn L., Daniels B., Studnitz F.S.G., Eulenburg C., Mueck A.O., 2014, Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists: Results of a nationwide survey, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, 6, 448-456.

Buhling K.J., Zite N.B., Lotke P., Black K., 2014, Worldwide use of intrauterine contraception: a review, *Contraception*, 89, 3, 162-173.

Burrows M., 2010, Financement et organisation des soins primaires au Royaume-Uni, l'exemple du Primary Care Trust de Salford, *Revue française des Affaires sociales*, 3, 21-33.

Fainzang S., 2001, *Médicaments et société*, Paris, PUF.

Freidson E., 1970, *Profession of Medicine*, Harper and Row.

Gautier, A. ed, 2011, *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Inpes.

Gelly M., 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan.

Greffion J., 2014, Proximité et domination entre représentantes de l'industrie et médecins, In Fournier P., Lomba C. et Muller S. eds, *Les travailleurs du médicament. L'industrie pharmaceutique sous observation*, Clinique du travail, érès, 227-250.

Grove D., Hooper D.J., 2011, Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys: Contraceptive prescription practice in Europe, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 3, 493-502.

Haute autorité de santé, 2004, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femmes - Recommandations pour la pratique clinique.

Higgins J.A., Hirsch J.S., 2007, The pleasure deficit: revisiting the "sexuality connection" in reproductive health, *Perspectives on sexual and reproductive health*, 2007, 39, 4, 240-247.

Héritier F., 2002, *Masculin-féminin*, Paris, France, O. Jacob.

INPES, 2007, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

- Irala J. de, Osorio A., Carlos S., Lopez-del Burgo C., 2011, Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers, *Contraception*, 84, 6, 558-564.
- Jaunait A., 2003, Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, *Raisons Politiques*, 3, 11, 59-79.
- Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon, 2002, La médicalisation croissante de la contraception en France, *Population et Sociétés*, 381, 1-4.
- Marks L., 2001, *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill*, Yale University Press.
- Organisation mondiale de la santé ed, 2013, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, Suisse, OMS.
- Ravelli Q., 2015, *La stratégie de la bactérie. Biographie sociale d'une marchandise médicale*, Paris, Seuil.
- Rosman S., 2010, Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, In : Bloy G., Schweyer F.-X. eds, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 117- 132.
- Ruault L., 2015, La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine, *Nouvelles Questions Féministes*, 34, 1, 35-50.
- Speidel J.J., Harper C.C., Shields W.C., 2008, The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy, *Contraception*, 78, 3, 197-200.
- United Nations, 2014, *World Contraceptive Use 2014 (POP/DB/CP/Rev2014)*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Ventola C., 2014, Prescrire un contraceptif: le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées, *Genre, sexualité & société* [En ligne], 12.
- Ventola C., 2016, Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre, *Cahiers du Genre*, 60, 101-122.

Annexe 1 : Caractéristiques des différents types de prescripteurs, en fonction de la spécialité

Variables actives : recommandations contraceptives

Variables supplémentaires : indicateurs de formation initiale et continue (spécialité, spécialisations, Formation Médicale Continue (FMC) ou congrès, lecture de revues médicales, connaissance des rapports sur la contraception, visiteurs médicaux pour des produits contraceptifs) ; des variables précisant le degré de prise en charge contraceptive et la pose de contraceptifs (DIU, implant) ; contexte d'exercice (lieu d'exercice, localisation, âges et sexes de la patientèle, lien avec l'enseignement-recherche) ; certaines caractéristiques personnelles des médecins (âge, sexe, et utilisation personnelle de contraceptifs) ; variables d'opinion sur les causes des grossesses non prévues, sur les indications du DIU, de la stérilisation tubaire et de la vasectomie ; variables où les médecins indiquent dans quelle mesure ils sont à l'aise pour aborder certaines thématiques avec leurs patient·e·s (grossesse non prévue, IVG, effets secondaires de la pilule, intolérance au DIU, dysfonctions ou difficultés sexuelles féminines, troubles de la fertilité).

Note.: FMC : Formation médicale continue ; VM : visiteur médical ; HAS : Haute autorité de santé ; GNP : grossesse non prévue.

Type	Formation et information	Caractéristiques	Opinions
G1 (9 %, n=39) : Prescripteur s de pilules et DIU exclusivem ent	Pas de FMC en sexologie – médecine sexuelle, pas de VM pour un implant ou un DIU. Ne connaît pas les recommandations de la HAS. Ne pose jamais d'implants. Prend en charge la contraception en partie.	Patientèle : grande ville, femmes de 18-45 ans, rarement ou jamais de filles de moins de 18 ans. Activité d'enseignement-recherche (10 dernières années). Homme. A utilisé des méthodes naturelles.	Le DIU n'est pas du tout la contraception réversible la plus efficace, mais débouche rarement sur des GNP. Les GNP sont plutôt liées à une ambivalence des femmes face au désir de grossesse. La stérilisation tubaire et la vasectomie sont des mauvaises méthodes car non réversibles.
G2 (14 %, n=56) : Prescripteur s occasionnel s	Spécialisé en gynécologie – obstétrique. Pas de formation en sexologie – médecine sexuelle, contraception ou prise en charge de l'IVG. VM pour des implants.	Clinique privée. Homme. Prend en charge moins souvent des filles de 15-17 ans.	Les GNP sont rarement liées à une ambivalence des femmes face au risque de grossesse, ou à des échecs de DIU. La stérilisation tubaire est sans intérêt car il existe d'autres méthodes aussi efficaces.
G3 (33 %, n=137) : Prescripteur s de pilules et DIU principalem ent		Ne prend jamais en charge des garçons de 15-17 ans. Ne fait pas d'enseignement ni de recherche. Femme. N'a pas utilisé l'anneau contraceptif.	Le DIU est la contraception réversible la plus efficace, et une méthode confortable qui n'est pas associée à un risque élevé de grossesse extra-utérine. Les GNP sont liées à des difficultés d'observance de la contraception, ou à des échecs de préservatifs. A l'aise pour aborder les troubles de la fertilité avec ses patient·e·s.

G4 (10 %, n=42) : Prescripteur s non discriminan ts	A reçu des VM pour un implant.	Prend en charge des filles de 11-14 ans et de 15-17 ans tous les jours.	La stérilisation tubaire est une intervention très efficace et pas du tout sans intérêt pour ne plus avoir d'enfants. Les GNP sont liées très souvent à des échecs du préservatif ou des méthodes naturelles. Très à l'aise pour aborder les troubles de la fertilité et les dysfonctions sexuelles féminines avec ses patient-e-s
G5 (34 %, n=138) : Prescripteur s de méthodes réversibles	A suivi des FMC en contraception, et prise en charge de l'IVG. A reçu des VM pour différents produits contraceptifs.	Exerce en centre de PMI. Femme. A utilisé le préservatif. Prend moins souvent en charge des filles de 11-14ans.	La vasectomie n'est pas une intervention simple et efficace.

Généralistes

Type	Formation et information	Caractéristiques	Opinions
M1 (34 %, n=198) : Prescripteur s de pilules	Pas de formation universitaire en gynécologie-obstétrique, ou de FMC en contraception. Pas de VM pour les DIU ni l'implant. Ne connaît pas les recommandations de la HAS ni le rapport IGAS sur la contraception. Ne pose jamais d'implant ni de DIU. Lit parfois des revues médicales.	N'exerce ni en clinique privée ni en centre hospitalier. Patientèle : hommes et femmes de 18-45ans, filles et garçons de moins de 18 ans. Homme, n'a pas utilisé de spermicides ni de DIU avec son-sa partenaire.	Plutôt à l'aise pour aborder les effets secondaires de la pilule, l'IVG et les GNP, mais pas l'intolérance au DIU. Le DIU est contre-indiqué chez les nullipares. La stérilisation tubaire est une intervention efficace pour ne plus avoir d'enfant, mais sans intérêt car il existe d'autres méthodes aussi efficaces. Les GNP sont rarement dues à l'ambivalence des femmes face au désir de grossesse ou à des échecs de préservatifs, parfois aux difficultés d'observance de la contraception.
M2 (9 %, n=55) : Non- prescripteur s	Pas de FMC en contraception ni prise en charge de l'IVG, pas de VM pour des contraceptifs. Ne connaît pas les recommandations de la HAS. Adresse à un autre spécialiste pour la contraception, ou prend en charge la contraception en partie. Ne pose jamais d'implant ni de DIU.	Cabinet privé seul-e. Patientèle : femmes et d'hommes de 18-45 ans, moins souvent des filles et des garçons de 15-17 ans, et jamais de filles de 11-14 ans. A entre 40 et 44 ans.	Pas du tout à l'aise pour aborder l'intolérance au DIU, les difficultés ou dysfonctions sexuelles féminines, les effets secondaires de la pilule, l'IVG, et les GNP, très souvent dues à l'insouciance vis-à-vis du risque de grossesse, rarement à des difficultés d'observance. La vasectomie et la stérilisation tubaire sont des mauvaises méthodes car la contraception devrait toujours être réversible, et sont sans intérêt car il existe d'autres méthodes aussi efficaces. Associe le DIU à un risque élevé d'infection pelvienne.

<p>M3 (46 %, n=269) : Prescripteur s de méthodes diverses, mais inégalement considérées</p>	<p>A suivi plusieurs FMC en Contraception, et a reçu des VM pour plusieurs contraceptifs. Connait les recommandations de la HAS. Prend en charge la contraception intégralement. Pose parfois des implants et des DIU.</p>	<p>Cabinet privé de groupe. Patientèle : filles 11-14 ans, filles et garçons de 15-17 ans et femmes de 18-45 ans. Femme, 45-49 ans. A utilisé des spermicides avec son·sa partenaire.</p>	<p>A l'aise pour aborder les dysfonctions sexuelles féminines avec ses patient·e·s. Les GNP sont souvent liées aux difficultés d'observance de la contraception, parfois à de l'insouciance vis-à-vis du risque de grossesse. La stérilisation tubaire n'est pas du tout sans intérêt. Le DIU est la méthode réversible la plus efficace, et n'est pas contre indiqué chez les nullipares.</p>
<p>M4 (10 %, n=59) : Prescripteur s non discriminan ts, spécialisés en contracepti on</p>	<p>Mode d'exercice particulier. Formation universitaire en sexologie et gynécologie/obstétrique, et continue en contraception, prise en charge de l'IVG et sexologie – médecine sexuelle. VM pour plusieurs produits contraceptifs. Connait les rapports de la HAS et de l'IGAS sur la contraception, et lit souvent des revues médicales. Prend en charge la contraception intégralement, pose souvent des implants et des DIU.</p>	<p>Clinique privée ou centre hospitalier. Patientèle : femmes de 18-45 ans, rarement des moins de 18 ans, et jamais d'hommes. Femme. A utilisé une pilule 3^e génération avec son·sa partenaire.</p>	<p>Très à l'aise pour aborder tous les sujets avec leurs patient·e·s. La vasectomie ou la stérilisation tubaire ne sont pas du tout des mauvaises ou sans intérêt ; elles sont simples et efficaces pour ne plus avoir d'enfants. Le DIU est bien toléré, confortable et pas du tout associée à un risque d'infection pelvienne, mais est contre-indiqué chez les nullipares. Les GNP sont souvent dues à une ambivalence face au désir de grossesse, à des échecs de préservatif, et à de l'insouciance vis-à- vis du risque de grossesse.</p>

11. Support d'aide à la décision en matière contraceptive déité par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé : "Choisir sa contraception"

<p>La mienne est dans mon bras</p> 	<p>La mienne est au cuivre</p> 	<p>La mienne est en latex</p> 	<p>La mienne est sans ordonnance</p> 	<p>La mienne dure 3 ans</p> 
<p>La mienne n'est pas contraignante</p> 	<p>La mienne est hebdomadaire</p> 	<p>La mienne est en comprimés</p> 	<p>La mienne est sur ma peau</p> 	<p>La mienne est discrète</p> 
<p>La mienne est définitive</p> 	<p>La mienne est pratique</p> 	<p>→ CHOISIR SA CONTRACEPTION</p>		

Découvrez tous les modes de contraception et trouvez celui qui vous convient le plus.

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Vous avez peut-être entendu parler d'implant, de préservatif féminin, de patch, ou encore d'anneau contraceptif... Aujourd'hui, chaque femme, chaque couple, a la possibilité de choisir la contraception qui lui convient.

Et ça, c'est le plus important. **Parce qu'utiliser une méthode adaptée, c'est avoir la garantie d'une contraception plus efficace** : parce qu'elle ne vous posera pas de problème, qu'elle sera adaptée à votre situation médicale et affective (que vous soyez en couple ou non), à votre mode de vie, à votre personnalité, qu'elle sera facile à utiliser, etc.

Vous trouverez dans ce document une présentation des différentes méthodes contraceptives. Ainsi informés, vous pourrez dialoguer avec un professionnel de santé qui vous aidera à choisir la contraception qui vous convient le mieux. Vous trouverez également les informations pratiques pour savoir où, comment et à quel prix vous la procurer.



VRAI / FAUX

Testez vos connaissances sur la contraception.

- Q1. Une femme peut tomber enceinte uniquement le 14^e jour de son cycle.
- Q2. Un DIU (anciennement appelé « stérilet ») peut être posé à une femme n'ayant pas eu d'enfant.
- Q3. Une contraception, si elle est efficace, c'est la même pour toute la vie.
- Q4. Une femme qui allaite n'a pas de risque de grossesse.

VRAI FAUX

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÉPONSES

Q1: Faux. Le moment de l'ovulation est imprévisible même si les cycles sont réguliers. De plus, sous l'effet de différents facteurs, comme le stress, l'ovulation peut se produire à un autre moment que le 14^e jour du cycle. Tout rapport non protégé présente un risque de grossesse, qu'il ait lieu en début, en milieu ou en fin de cycle (le cycle commence le 1^{er} jour des règles).





Q2: Vrai. Une femme n'ayant pas eu d'enfant peut se faire poser un DIU. Le médecin ou la sage-femme tiendra compte de certaines contre-indications.

Q3: Faux. Une contraception est efficace si elle est adaptée au mode de vie, à la vie amoureuse et à la situation médicale. Elle peut donc varier selon les différentes phases de la vie (vie en couple, célibat, enfant, etc.) et en fonction de l'évolution de la situation médicale.





Q4: Faux. Une femme qui vient d'accoucher, qu'elle allaite son enfant ou non, doit consulter un médecin ou une sage-femme pour utiliser le plus rapidement possible un moyen de contraception adapté à sa situation.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.choisirscontraception.fr



LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : 125,15 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,12 à 14 €/mois. Certaines sont remboursées à 65 %. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p>PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 15 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>106,44 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. ² Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. ³ Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstrogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme : environ 45 €. Remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : environ 60 €. Non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF³. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p>PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 56 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF³ et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p>PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF³ et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. ³ Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 7 à 19 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3,44 €. Remboursés à 65 %.</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirscontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information <i>Stérilisation à visée contraceptive</i>).</p>	<p>Remboursées à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée : <ul style="list-style-type: none"> • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention. </p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.



Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈME ?

SI VOUS OUBLIEZ VOTRE PILULE³⁻⁴

- Si l'oubli est de moins de 3 heures (pilule progestative⁵) ou de moins de 12 heures (pilule œstroprogestative⁶) : prenez immédiatement le comprimé oublié et continuez la plaquette à l'heure habituelle. Deux comprimés peuvent être pris le même jour. Vous êtes protégée.
- Si l'oubli est de plus de 3 heures (pilule progestative⁷) ou de plus de 12 heures (pilule œstroprogestative⁸) : pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs⁹ en continu après l'oubli.
 - 1) Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et continuez la plaquette à l'heure habituelle.
 - 2) Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
 - 3) Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif⁹).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence (voir les délais indiqués ci-dessous, à respecter strictement).

En cas de doute, contactez un médecin ou une sage-femme.

SI UN PRÉSERVATIF SE DÉCHIRE OU EST MAL UTILISÉ, SI VOUS N'UTILISEZ PAS DE CONTRACEPTION RÉGULIÈRE

Prenez, le plus rapidement possible après le rapport, une contraception d'urgence (voir les délais indiqués ci-dessous, à respecter strictement).

³ Le délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse dépend du type de pilule que vous prenez. Afin de le connaître, vous pouvez vous renseigner auprès d'un professionnel de santé, sur www.choisisacontraception.fr, ou vous reporter à la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule? ».

⁴ Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner d'autres indications. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

⁵ Sauf Cérazette[®] qui a un délai de 12 h.

⁶ Pour Olaira[®], la conduite à tenir est spécifique. Reportez-vous à la notice de cette pilule ou adressez-vous à un professionnel de santé.

⁷ Sauf Cérazette[®] qui a un délai de 12 h.

⁸ Pour Olaira[®], la conduite à tenir est spécifique. Reportez-vous à la notice de cette pilule ou adressez-vous à un professionnel de santé.

⁹ Par comprimé actif, on entend comprimé contenant des hormones. Si votre pilule se présente sous la forme d'une plaquette de 28 comprimés, il est important de savoir qu'elle est composée de comprimés actifs et, en fin de plaquette, de comprimés inactifs (c'est-à-dire sans hormone). Si votre pilule se présente sous la forme d'une plaquette de 21 comprimés, tous les comprimés sont actifs.

QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈME ?

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Elle ne remplace pas une contraception régulière, mais elle constitue une méthode de rattrapage à utiliser après un rapport sexuel en cas d'échec ou d'absence de contraception.

La contraception d'urgence hormonale se présente sous la forme d'un comprimé à prendre le plus tôt possible. Plus elle est prise rapidement, plus elle est efficace. Il en existe deux types :

- La contraception d'urgence au lévonorgestrel coûte **entre 6,07 € et 7,41 €**. Elle doit être prise au plus tard dans les 72 heures (3 jours) après le rapport sexuel non ou mal protégé.
- La contraception d'urgence à l'ulipristal-acétate coûte **18,88 €**. Elle doit être prise au plus tard dans les 120 heures (5 jours) après le rapport sexuel non ou mal protégé.

Ces deux contraceptions d'urgence sont délivrées en pharmacie avec ou sans ordonnance. Les mineures peuvent en bénéficier gratuitement et anonymement dans les pharmacies, les infirmeries scolaires et les CPEF. Les étudiantes peuvent également en bénéficier de manière gratuite dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive.

Un DIU au cuivre peut également être utilisé comme contraception d'urgence après un rapport non protégé dans un délai de 120 heures maximum (5 jours) après le rapport. Cette méthode a l'avantage de constituer, par la suite, une contraception régulière fiable et peu contraignante. Le DIU au cuivre peut être prescrit et posé par un médecin ou une sage-femme.

OÙ SE RENSEIGNER ET À QUI EN PARLER ?

POUR OBTENIR UNE CONTRACEPTION

- Les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes sont là pour vous informer, vous aider à choisir la contraception qui vous convient et vous la prescrire.
- Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) assurent des consultations de contraception ainsi que des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Toute personne sans couverture sociale personnelle peut notamment y obtenir gratuitement la prescription et la délivrance d'un moyen contraceptif, la contraception d'urgence, une consultation médicale ainsi que les bilans et le suivi nécessaires.
- Les pharmaciens, les infirmières scolaires, les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive sont également là pour vous informer et vous orienter. Ils peuvent également répondre à vos situations d'urgence comme délivrer un moyen de contraception avec une ordonnance dépassée ou une contraception d'urgence.
- Pour les mineures qui souhaitent garder le secret sur leur vie intime, il est possible d'obtenir sans autorisation des parents, la prescription et la délivrance d'un moyen contraceptif.
 - La délivrance d'un contraceptif prévu au remboursement est gratuite et confidentielle en pharmacie pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit (une prescription médicale est nécessaire pour cette délivrance).
 - La délivrance de tous les moyens contraceptifs est gratuite et anonyme dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) pour toutes les mineures. Les CPEF peuvent également proposer gratuitement aux mineures la consultation et les examens de suivi nécessaires ainsi que la contraception d'urgence.

POUR OBTENIR DES INFORMATIONS

- Les conseillères conjugales et familiales, présentes notamment au sein des CPEF, sont là pour vous écouter, vous informer et vous aider en cas de besoin, dans votre vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale, et vous orienter au mieux, notamment en vous guidant vers un médecin ou une sage-femme qui pourra vous prescrire une contraception adaptée.
- Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) peuvent vous informer et vous orienter sur des questions relatives à la sexualité, la fécondité, la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

OÙ SE RENSEIGNER ET À QUI EN PARLER ?

FIL SANTÉ JEUNES

32 24 depuis un poste fixe ou 01 44 93 30 74 depuis un portable. Pour toute question et information sur la contraception et la sexualité. Appels anonymes et gratuits depuis un poste fixe. 7 jours sur 7 de 8 h à minuit.

LES SITES DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

www.choisirscontraception.fr
www.onsexprime.fr
www.info-ist.fr

LE SITE DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

www.sante.gouv.fr (rubrique « Contraception »)

LES SITES DE L'ASSURANCE MALADIE

www.ameli.sante.fr (dossier « Contraception »)
www.ameli.fr (qui précise les modalités pratiques de délivrance de la contraception aux mineures en pharmacie)

LE SITE DU MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF)

www.planning-familial.org

LE SITE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION (AFC)

www.contractions.org

LES CENTRES DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT (CDAG) ET LES CENTRES D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (CIDDIST)

SIDA INFO SERVICE

0 800 840 800. Appels anonymes et gratuits depuis un poste fixe.

LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES RÉGIONALES D'INFORMATION (CONSEILS, ADRESSES, ETC.)

Alsace : 03 88 32 28 28* et 03 89 42 42 12*

Aquitaine : 0 810 400 170**

Auvergne : 04 73 75 01 62*

Bourgogne : 03 80 29 52 23*

Bretagne : 0 800 800 648**

Centre : 0 800 881 904**

Champagne-Ardenne : 0 800 331 334**

Franche-Comté : 0 820 209 127**

Île-de-France : 01 47 00 18 66*

Languedoc-Roussillon : 04 67 99 33 33*

Limousin : 0810 025 025***

Lorraine : 0 810 122 128*** ou 03 87 69 04 77*

Midi-Pyrénées : 0 800 80 10 70*** ou 05 61 77 50 77*

Basse-Normandie : 0 808 800 122**

Haute-Normandie : 02 35 73 28 23*

Pays de la Loire : 0 800 834 321**

Picardie : 03 22 72 22 14*

Poitou-Charentes : 05 49 44 48 31*

Provence - Alpes - Côte d'Azur : 0 800 105 105**

Rhône-Alpes : 0 810 810 714***

* Coût d'un appel vers un poste fixe.

** Appel gratuit depuis un poste fixe.

*** Coût d'un appel local depuis un poste fixe.

RENDEZ-VOUS SUR WWW.CHOISIRSACONTRACEPTION.FR

Cette brochure a été réalisée en collaboration avec le Service du droit des femmes et de l'égalité, l'Association française pour la contraception (AFC), le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) et le Centre régional d'information et de prévention du sida Île-de-France (CRIPS).

Liste des Publications

Articles dans des revues à comité de lecture

- ROUX Alexandra, VENTOLA Cécile, BAJOS Nathalie, "Des experts aux logiques profanes : la recommandation contraceptive en France", *Sciences sociales et Santé*, 2017, à paraître
- VENTOLA Cécile, "Le genre de la contraception: représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre", *Cahiers du Genre*, 2016
- LE GUEN Mireille, VENTOLA Cécile, BOHET Aline, MOREAU Caroline, BAJOS Nathalie, "Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning", *Contraception*, 2015
- VENTOLA Cécile, "Hommes et contraception : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées", *Genre, Sexualité, Société*, 2014

Communications

Congrès et journées d'études avec comités de sélection :

- "Les hommes et la contraception : une analyse franco-britannique", Congrès des Etudes de genre en France, 3-5 septembre 2014
- "Male Controlled Contraception in France: From Implication to Contraceptive Options", (en collaboration avec N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen et C. Moreau), Population Association of America – Annual Meeting, Session 152, 1-3 mai 2014
- "Les hommes exclus de la reproduction : l'exemple de la contraception", Ve Congrès de l'Association Française de Sociologie, RT 28, 2-5 septembre 2013
- "Le corps masculin en santé sexuelle et reproductive : une vulnérabilité invisible", Journée d'étude "Corps et vulnérabilité", Université Paris Descartes, ED 180, 12 décembre 2012

Congrès et journées d'études sur invitation :

- "Logiques de recommandation et accès au choix en matière contraceptive" (avec A. Roux), 10e Congrès de Médecine Générale France, 31 mars - 2 avril 2016
- "Subjectivité du praticien dans la prescription contraceptive: une comparaison France/Angleterre", 21èmes Journées nationales de l'ANCIC, 6 et 7 novembre 2015
- "Hommes et contraception : une comparaison franco-britannique", Journée EFFIGIES "La jeune recherche et le genre", CNRS, 27 octobre 2014

Titre : Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines

Mots clés : Genre, contraception, contraception masculine, médicalisation, études comparatives, système de santé

Résumé : Les usages contraceptifs en France et en Angleterre se distinguent fortement du point de vue du recours aux méthodes masculines : la vasectomie et le préservatif sont utilisés par la moitié des usager.e.s outre-Manche et par seulement 15% des personnes en France. À partir des années 1960, la médicalisation de la contraception est allée de pair avec sa féminisation, mais les modèles contraceptifs de chaque pays semblent ainsi accorder une place différente à la prise en charge masculine des responsabilités en matière de régulation de la fécondité.

Pour comprendre comment ces modèles plus ou moins sexués sont socialement construits, cette thèse compare les contextes institutionnels de la prescription contraceptive qui contribuent à définir le champ des possibles et du souhaitable pour les usager.e.s. Outre une analyse comparative historique et institutionnelle approfondie, ce travail s'appuie sur 33 entretiens semi-directifs avec les professionnel.le.s de santé dans les deux pays afin d'éclairer les logiques qui structurent leurs pratiques et participent à la définition des normes contraceptives.

Cette analyse comparative met en évidence l'impact de traditions politiques contrastées en matière de régulation des naissances : l'héritage de l'eugénisme britannique est plus favorable au recours à des méthodes contraceptives définitives que le natalisme français. Par ailleurs, les systèmes de santé français et britannique se distinguent par leur degré d'encadrement de la formation et des pratiques médicales. En France, la faiblesse de cet encadrement autorise une grande diversité de pratiques en matière contraceptive, et notamment une approche paternaliste du choix contraceptif et l'expression de réticences professionnelles genrées vis-à-vis des méthodes de contraception masculines. En Angleterre, la régulation publique de la formation et des pratiques tend à standardiser les approches professionnelles du choix contraceptif, et laisse une place plus importante aux préférences des usager.e.s.

Title: Choosing a male contraceptive: Users' rights and autonomy in the French and English health systems

Keywords: Gender, contraception, male contraception, medicalization, comparative studies, health systems

Abstract: Contraceptive use in France and England differs strongly with regard to male methods: half of English users resort to vasectomy and condoms, compared to just 15% of the French population. From the 1960s on, the medicalization of contraception has gone hand in hand with its feminization but it appears that national contraceptive norms allow for different levels of male involvement in each country.

In order to understand the process leading to variously gendered contraceptive models, this research draws a comparison between the institutional contexts of contraceptive prescription, which contribute to defining possible and desirable contraceptive choices. In addition to an in-depth historical and institutional analysis, this comparison draws upon 33 semi-structured interviews with prescribers in both countries in order to unveil the logic behind their actions and their influence on contraceptive norms.

This analysis underlines the consequences of contrasting political perspectives on birth control in both countries: the legacy of the British eugenicist movement proves more liberal regarding sterilization methods than the French pro-natalist context. Moreover, the National Health Service in England and the French health system address the issues of medical regulation very differently. In France, public supervision of clinical practice is low, which allows for considerable heterogeneity between professionals, and, notably, a paternalistic approach to contraceptive choice and the influence of gendered reluctance towards male methods. In England, public regulation of medical training and practices encourages the standardization of prescribers' approaches to contraceptive choice and more respect for users' preferences.