
AUTEURE : LARA LALMAN

Contraceptions :

quels choix pour les femmes aujourd'hui ?

AUTEURE : LARA LALMAN

Contraceptions : quels choix pour les femmes aujourd'hui ?

Nous tenons à remercier toutes les femmes et les professionnel.le.s qui ont accepté d'être interviewé.e.s, la Maison des Femmes de Liège, Barricade, La Zone, Aimer à Louvain-La-Neuve, la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial, PAC Liège, la Plate-Forme pour la Santé des Femmes, Nathalie Sawadogo, Catherine Markstein, Cécile de Wandeleer, Alice Olbrechts, Eric Lenart.

SOMMAIRE

Introduction.....	6	III. Transmission des rôles.....	45
I. Contexte.....	9	1. La famille.....	47
1. L'accessibilité de la contraception.....	10	2. Les pair.e.s.....	54
2. Quelles méthodes contraceptives sont utilisées aujourd'hui en Belgique francophone?.....	10	3. L'institution scolaire.....	56
3. D'une génération à l'autre: la contraception entre liberté et contrainte.....	12	4. Les professionnel.le.s de la santé.....	57
4. Une question de coût.....	14	4.1. Le rapport aux professionnel.le.s qui conseillent et prescrivent.....	58
5. La norme sociale.....	15	4.2. L'accès aux services ambulatoires.....	64
6. Nouvelles questions féministes.....	16	4.3. Témoignages des professionnel.le.s accompagnant la contraception ..	65
II. Parcours contraceptifs des femmes.....	19	4.3.1. Le personnel médical.....	65
1 Représentations diverses de la contraception.....	20	4.3.2. Les professionnel.le.s des centres de planning familial.....	69
1.1. Au niveau individuel.....	20	4.3.3. Les formatrices en Planning Familial Naturel.....	77
1.2. Au niveau collectif.....	20	5. Encore quelques mots sur.....	79
1.3. Choisir de concevoir ou pas?.....	21	5.1. Les médias.....	79
1.4. La première contraception... affaire à suivre.....	22	5.2. Les pouvoirs publics.....	81
2. Connaissances et utilisation des moyens de contraception.....	22	IV. Préoccupations pour aujourd'hui ... et demain.....	85
2.1. Les méthodes hormonales.....	23	Bibliographie.....	90
2.2. Les méthodes non hormonales.....	27	Annexes.....	92
2.2.1. Le stérilet au cuivre.....	27	1. Contraception: enjeux - schéma.....	92
2.2.2. Les méthodes barrières.....	28	2. Tableau d'efficacité de l'IPPF.....	93
2.2.3. Les spermicides.....	30	3. Profils des interviewé.e.s.....	94
2.2.4. Les méthodes dites « naturelles ».....	31	4. Tableau d'efficacité de la FQPN.....	96
2.3. Les méthodes irréversibles.....	34		
3. Que retenir?.....	35		
4. La place du partenaire.....	37		

INTRODUCTION

Le CEFA, Centre d'Éducation à la Famille et à l'Amour, s'est engagé, depuis sa naissance en 1961, dans les débats de société relatifs à la vie affective et sexuelle. À travers la figure de Pierre de Lochet, son fondateur, il s'est retrouvé impliqué dans la controverse houleuse concernant la contraception et l'avortement... du côté des femmes. Alors que la pilule contraceptive existe également depuis un demi-siècle, il paraissait opportun de tenter un état des lieux de l'évolution, en Belgique francophone, des enjeux de la contraception pour les femmes, comme lieu d'exercice de leur liberté, de leur santé et de leurs droits.

« Y a-t-il des libertés et des droits sans contrainte ? »¹

La contraception hormonale, considérée comme révolution des années 60 a permis, par sa libéralisation, de dissocier plus officiellement la sexualité de la reproduction. Elle a par contre donné lieu à une nouvelle emprise sur le corps des femmes par l'État, les firmes pharmaceutiques et le corps médical. La contraception masculine n'a pas connu la même attention. L'apparition de la pilule constitue certes une avancée en termes de maîtrise de la fécondité. La gestion de la contraception reste néanmoins essentiellement à la charge des femmes : « tout se passe comme si la contraception, en permettant de n'envisager une maternité que si la grossesse est souhaitée, avait consacré l'idéologie de la responsabilité d'abord maternelle. »²

Par ailleurs, l'impact de la contraception hormonale sur la santé des femmes est peu pris en considération, l'information est souvent biaisée, prise dans des enjeux idéologiques et économiques : on peut s'interroger sur le choix réel qui leur est laissé. Comment les femmes se sont-elles ou pas appropriées la contraception hormonale ? Comment celle-ci subit-elle les lois du marché, entre confort des femmes et business ? Quel est le discours dominant et ses relais ? Quelles alternatives ? Quelle négociation possible dans le couple ? Que veulent les femmes ? Ces questions ne trouvent pas ici de réponse mais des éclairages et des pistes d'analyse.

Les pages qui suivent font état d'observations, de témoignages et de réflexions sur le vécu de la contraception par les femmes aujourd'hui. Les interviews collectives ont permis en outre de débattre de la question en comparant les expériences, et de lever

un coin de voile sur les différents enjeux, personnels, économiques, culturels, sociaux et politiques, que nous avons repérés dans la littérature, essentiellement féministe.

22 interviews individuelles et collectives de femmes entre 25 et 60 ans, vivant en Belgique francophone, d'origines socioculturelles diverses, ont été réalisées de mai à octobre 2010, ainsi que de professionnel.le.s du secteur psycho-médico-social en lien direct avec la santé affective et sexuelle³.

Nous croiserons ici discours normatifs et émancipateurs afin de contextualiser l'accessibilité à la contraception. Nous rendrons compte ensuite de la parole des femmes sur leur parcours contraceptif pour évoquer la diversité des réponses qu'elles trouvent face à ces enjeux, et ce qui les préoccupe. Enfin, un tour d'horizon succinct des acteurs de transmission évoqués au cours des interviews, des médecins aux médias en passant par la famille, permettra un éclairage complémentaire qui mériterait une analyse plus approfondie.

1. Etienne-Emile BEAULIEU, Françoise HERITIER, Henri LERIDON (Dir.), *Contraception, contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob, 1999, p. 20
2. « Contraception médicale et domination masculine renouvelée », in *Sociologie du genre* : <http://sociovoce.hypotheses.org/183>, 27 juin 2008
3. Cfr annexe 3 pour consulter les profils des interviewé.e.s



I. CONTEXTE

1. L'accessibilité de la contraception

L'accès à la contraception a plusieurs visages : les représentations liées aux différents moyens existants vont aussi déterminer les informations qui circuleront ou pas, les moyens qui seront diffusés, disponibles ou pas, et le coût⁴. On peut distinguer :

- une accessibilité « socio-subjective » qui dépend des oui-dire, de l'air du temps, de représentations liées à l'âge, la culture familiale et sociétale, de convictions et représentations personnelles qui mélangent divers ingrédients
- une accessibilité géographique : l'anonymat des grandes villes n'est pas garanti dans la pharmacie du village, les services se concentrent davantage dans les villes et restent difficiles d'accès en milieu rural
- une accessibilité économique : la contraception hormonale, bien que partiellement remboursée, est payante et cela reste un frein, notamment pour les jeunes de la tranche 21-30 ans (tranche d'âge où l'on observe le plus de grossesses non désirées) et les femmes seules avec enfant. Par ailleurs, les alternatives sont peu diffusées, entre autres, pour des raisons d'économie de marché. La santé des femmes, et la contraception en particulier, représente en effet un marché particulièrement lucratif, le contraceptif étant d'ailleurs toujours considéré comme médicament de luxe.

2. Quelles méthodes contraceptives sont utilisées aujourd'hui en Belgique francophone ?

75 % des femmes sexuellement actives entre 15 et 49 ans utilisent une contraception, selon la dernière enquête de santé par interview tenant compte de la contraception (2004). La pilule, si elle reste le moyen le plus utilisé (60 %), a néanmoins connu une légère baisse au profit du stérilet (9 à 13 %) et de méthodes barrières (6 à 8 %). La pilule est privilégiée par les femmes entre 20 et 30 ans, mais aussi avant 20 ans : 75 % chez les 15-19 ans, qui utilisent aussi la pilule du lendemain et les méthodes barrières. Au-delà de 30 ans, le choix se porte davantage sur le stérilet, voire la stérilisation, ou l'arrêt dans 25 % des cas de la contraception, liée probablement au désir d'enfant. L'utilisation du stérilet est 3 à 10 fois plus fréquente chez les femmes d'un niveau d'études supérieur, alors que pour les femmes n'ayant pas de diplôme ou un diplôme d'études primaire, la pilule reste privilégiée (74 %). Le préservatif est plus couramment utilisé chez les jeunes : 61 % chez les 15-34 ans, sans différence entre les sexes. « L'analyse en ce qui concerne le condom n'est pas aisée : la distinction entre l'utilisation dans le cadre de la contraception et celui de la protection contre les MST n'est pas toujours évidente. »⁵ En effet nous avons aussi relevé que le rôle

contraceptif du préservatif n'est pas une évidence, entre autres car il est davantage promu comme protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles⁶.

Si on regarde les chiffres de plus près, outre ce qui vient d'être évoqué, on constate une utilisation, marginale certes, mais plus significative de méthodes barrières chez les plus jeunes et après 25 ans. Quant à l'abstinence périodique (nous n'avons pas d'information sur quoi se base cette méthode : calendrier ? observation du cycle ?) et le coït interrompu, cela apparaît timidement en début de trentaine, puis davantage entre 35 et 49 ans, avec un léger creux entre 40 et 44. On peut supposer que l'utilisation selon les âges est liée à différents facteurs : les femmes craindraient moins une grossesse non désirée, voire elles sont dans une période où elles font des enfants, elles ne souhaitent pas/plus prendre des hormones, elles entrent dans une période moins fertile.

On constate aussi l'utilisation de l'anneau davantage entre 30 et 34 ans, une alternative à la pilule quant on se sent plus à l'aise avec son corps ?

16 % des plus jeunes, sexuellement actifs, déclarent néanmoins n'utiliser aucune méthode anticonceptionnelle.

En termes d'indicateurs, il est intéressant de relever que cette enquête a tenu compte, dans le cas de l'utilisation de plusieurs méthodes différentes, de la « méthode la plus efficace »⁷, ou à l'action la plus prolongée. Nous n'avons donc pas de vision de la combinaison de méthodes différentes.

3. D'une génération à l'autre : la contraception entre liberté et contrainte

La première question posée aux femmes et professionnel.le.s interviewé.e.s abordait la première chose à laquelle ils/elles pensaient en entendant contraception. Le mot contraception évoque diverses idées, parfois contradictoires selon un vécu, une

4. Cfr annexe 1 : pour un atelier autour de la contraception, l'animatrice a créé un schéma reprenant les divers enjeux du choix des femmes. Nous l'avons retravaillé dans le cadre de notre investigation et reproduit ici.
5. *Enquête de santé par interview*, Institut Scientifique de Santé Publique, Belgique, 2004, p. 562
6. Ancienne appellation : Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). L'abréviation IST sera utilisée dans la suite du document
7. Cfr annexe 2 sur les indices d'efficacité : la recherche de santé publique s'est basée sur le tableau comparatif de l'IPPF qu'il est possible de consulter en ligne pour une définition des différentes méthodes : <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/birth-control-effectiveness-chart-22710.htm>

idéologie, que l'on se situe du côté de l'usagère ou du médecin, de l'homme ou de la femme, d'une génération à l'autre. La principale opposition qui ressort est, sans beaucoup de surprise, la contraception libératrice versus la contraception vécue comme contraignante. Entre celles qui se sont battues pour l'accès à la contraception et celles qui « sont nées avec », une marge s'est installée semble-t-il, qui laisse place aujourd'hui au questionnement.

L'enquête réalisée par Solidaris et publiée en mars 2010 révèle que 88 % des femmes belges francophones considèrent la contraception comme une révolution dans l'histoire des femmes : c'est un symbole de libération. Toutes les personnes qui ont défendu le droit d'accès, et surtout le droit à l'information sur la contraception en témoignent. Rappelons que la publicité ou l'information sur la contraception a été interdite par un arrêté de 1923, et ce jusqu'en 1973.

Néanmoins, assez vite, des questions se sont posées, non pas quant au bien fondé de l'accès à une contraception fiable qui n'est certainement pas à remettre en cause, mais aux conséquences suivantes :

- l'impact de la contraception hormonale sur la santé
- l'implication des hommes dans la contraception, celle-ci revenant principalement à charge de la femme, y compris financièrement
- le choix de la contraception : la contraception dite moderne, et la pilule en particulier s'est très vite imposée comme une nouvelle norme
- la libération de la menace de grossesses non désirées s'est accompagnée d'attentes masculines quant à une plus grande disponibilité des femmes au niveau sexuel
- le corps des femmes encore davantage médicalisé, sous contrôle, avec l'avènement d'une contraception médicale
- la concurrence entre carrière maternelle et carrière professionnelle, vectrice d'une autre nouvelle norme⁸

La remise en cause de la pilule dont font état actuellement des magazines comme Elle⁹ n'est pas nouvelle : déjà dans les années 70, les contre-indications et contraintes étaient pointées du doigt : « les effets secondaires n'intéressent pas les laboratoires, qui ne cherchent à connaître ni l'expérience des femmes ni celle des médecins », dénonce le Collectif de Boston pour la santé des femmes, « Our bodies, ourselves », dans les années 70¹⁰. Il faut dire qu'elles étaient beaucoup plus importantes qu'à l'heure actuelle : le dosage hormonal a en effet fortement baissé suite aux recherches effectuées depuis la mise sur le marché de la première pilule en 1961. Les mêmes inconvénients persistent néanmoins. Le Dr Chatain¹¹ prédisait en 1980, dans son

ouvrage « Danger Pilule », la fin de l'ère de la contraception hormonale, vu ses inconvénients alors que des recherches annonçaient l'avènement de contraceptifs avec une plus grande innocuité, comme certains spermicides. On assistait alors aussi à une stagnation, voire un recul de la consommation de pilules contraceptives en France. Les craintes se fondaient, comme aujourd'hui, sur certains cas cliniques rapportés par des médecins ou des problèmes de santé vécus, la banalisation de la prescription de la pilule alors qu'il y a des contre-indications qui doivent être prises au sérieux, comme les risques cardio-vasculaires, la controverse toujours actuelle concernant les effets potentiellement stimulants sur un cancer naissant, la baisse de libido, plainte qui n'est pas toujours entendue par le corps médical comme valide parce que cela peut résulter d'une combinaison de facteurs, et autres effets secondaires n'ayant pas toujours été mentionnés lors de la prescription. Le Dr Chatain plaide pour une contraception diversifiée, comme d'autres, pourtant moins alarmistes mais soucieux du choix des femmes selon ce qui leur convient à chacune.

Or si la contraception s'est effectivement diversifiée depuis 20 ans, la recherche s'est poursuivie dans le sens de la contraception hormonale (élargissement du choix de pilules, anneau vaginal, patch, stérilet hormonal...) En outre la pilule reste le moyen le plus médiatisé, le plus connu, le plus souvent conseillé, considéré comme le plus efficace. Pour un médecin qui plaide aussi pour une diversification et un choix réel des femmes, « on a tout fait pour garder la pilule comme moyen de contraception unique sur le marché, c'est de la manipulation ». Comment faire la part des choses entre la supériorité supposée de la pilule en termes d'avantages et de sécurité pour les femmes, et le lobbying qu'il y a autour ?

4. Une question de coût

Ce n'est pas un scoop : la contraception a un coût, des préservatifs à la pilule en passant par les autres moyens hormonaux et le stérilet. D'autres moyens ne sont tout simplement pas ou plus disponibles sur le marché belge (diaphragme, cape cervicale). Et l'information reste, comme nous l'avons vu, essentiellement centrée sur la

8. voir Nathalie BAJOS, Michèle FERRAND, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », in : *Sciences sociales et santé*, Vol. 22, n° 3, 2004, et aussi <http://sociovoce.hypotheses.org/183>

9. Catherine ROBIN, « Ras-le bol de la pilule ? », in : *Elle*, 9 avril 2010

10. Nous citons ici l'adaptation française de l'ouvrage du Collectif de Boston : *Notre corps, nous-mêmes*, Albin Michel, 1977, p. 107

11. Dominique CHATAIN, *Danger Pilule*, Copernic, 1980, p. 33-39

contraception médicale. Ainsi le choix va être souvent conditionné également par le coût. C'est pourtant un élément qui apparaît assez peu dans les commentaires des femmes que nous avons rencontrées, sans doute parce que la question générale de l'accès n'est pas d'abord pensée en termes financiers mais en termes de diffusion. Par contre, selon l'enquête déjà évoquée plus haut¹², 44 % des femmes interrogées trouvent la contraception chère. Il est évident que la pilule est mieux remboursée que d'autres moyens, ce qui facilite son accès, d'autant plus depuis l'arrivée des génériques et l'intervention de certaines mutuelles. Néanmoins, pour les jeunes, cela pose la question de l'intimité : les parents risquent-ils d'être au courant ? Sans compter les femmes non couvertes par la sécurité sociale, d'autant plus précarisées, que rencontrent souvent les centres de planning familial entre autres services sociaux.

Beaucoup de professionnel.le.s plaident pour un remboursement de tous les moyens de contraception. « *Avortement, contraception libres et gratuits* » : le slogan des années 70 est encore très actuel même s'il y a eu quelques pas vers l'accessibilité, notamment grâce au lobbying des fédérations de planning familial pour rendre la contraception hormonale accessible au minimum aux jeunes et aux personnes les plus fragilisées (mesure pour les jeunes, échantillons gratuits, pilule du lendemain gratuite), et notamment favoriser la prescription de génériques. Les enjeux économiques sont cependant de taille : en 2004, alors qu'une mesure du ministre de la santé allait permettre aux jeunes filles jusqu'à 21 ans de bénéficier d'une intervention considérable sur le coût de la contraception, différentes firmes pharmaceutiques ont contraint l'État belge, par le biais d'une procédure en justice, à retirer du remboursement (assuré par l'assurance-maladie) des pilules contraceptives qu'elles commercialisent. Le ministre a réagi et le remboursement a de nouveau été opérationnel en 2006. Mais cela demande une vigilance constante et une volonté politique forte.

Selon un gynécologue interviewé, le stérilet cuivré, dont le coût de production est particulièrement bas, est vendu trop cher (bien que ce soit un des moyens les plus démocratiques du marché) « *parce qu'il y a des intermédiaires qui y trouvent leur profit et il n'est malheureusement pas propagé pour le moment par les firmes pharmaceutiques étant donné que, leur bénéfice étant restreint, elles préfèrent de loin que des méthodes hormonales soient utilisées, qui leur donnent des avantages financiers certains.* »

Les préservatifs jouissent d'un bon accès du fait des campagnes annuelles de prévention des IST, ce qui s'accompagne de la subsidiarité de préservatifs dès lors mis à disposition gratuitement pour le public, notamment en planning familial, mais aussi en milieu festif et dans d'autres lieux de vie... surtout des jeunes et des homosexuels ! Encore une catégorisation : les « publics à risques ». À part cela, les jeunes témoignent

souvent lorsqu'ils ont la possibilité de recevoir des préservatifs, du coût élevé pour eux de ces derniers en grande surface ou ailleurs. La distribution a, elle aussi, ses limites : le budget alloué n'étant pas infini, les professionnel.le.s donnent 1 à 3 préservatifs par personne demandeuse. On sait que cela peut suffire ponctuellement ou pour découvrir l'objet et son fonctionnement, mais pas dans une activité sexuelle régulière. L'accès est tout de même objectivement plus aisé qu'avant.

Parallèlement à la publicité des firmes pharmaceutiques, il y a un travail important de sensibilisation à faire autant auprès du public que des prescripteurs concernant les moyens les plus accessibles financièrement.

5. La norme sociale

Comme le montrent d'autres études et écrits, ainsi que la pratique de terrain, notre société depuis 30 ans fonctionne sur une norme : en bref, les préservatifs pour les jeunes « au cas où », la pilule comme première contraception pour la jeune fille, le stérilet après grossesse(s)¹³. Les cycles de vie des femmes sont ainsi régulés, l'âge de reproduction moyen étant lié à l'installation dans une vie professionnelle et conjugale, des pressions à la maternité commençant à apparaître vers la trentaine.

Le rapport de domination persiste à travers la contraception moderne, censée permettre pourtant aux femmes une maîtrise de leur vie, une forme de libération. Le choix et le désir des femmes s'adaptent aux normes familiales et sociétales dans lesquelles elles évoluent. Aujourd'hui, dans bien des domaines, nous sommes face à une multitude de discours qui se contredisent, selon les idéologies qui s'affrontent. La question du libre choix, cher aux libre-exaministes, se pose : une urgence pour les femmes d'autonomie et d'empowerment.

Il existe bien sûr des alternatives et des canaux d'information alternatifs, critiques, à l'initiative d'associations, de collectifs ou d'individu.e.s, selon des idéologies très différentes. Qui dit alternatif dit moins accessible : il est difficile de diffuser d'autres discours que le discours dominant, ou un discours critique mais politiquement correct.

12. « Contraception en 2010 : qu'en pensent les femmes ? » SOLIDARIS, <http://www.loveinrespect.be/amour-sante/etudes-et-enquetes.htm?lng=fr>

13. Nathalie BAJOS, Michèle FERRAND, *op. cit.* ; Cyril DESJEU, « La pilule hormonale féminine : de la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale » », in : *Socio-logos*, n° 3, 2008

Il est intéressant de remarquer que la critique des « anovulants »¹⁴ vient à la fois de milieux conservateurs d'obédience catholique¹⁵ et d'autre part de mouvements anarcha-féministes, en parallèle avec la vague écologiste. Les raisons ne sont évidemment pas similaires, les premiers invoquant la nature dont on ne peut pas modifier le cours car c'est un don de Dieu, et la responsabilité des hommes et des femmes. Les secondes critiquent la réduction des femmes à un objet sexuel, les lobbies pharmaceutiques, la surmédicalisation et la réduction de leur autonomie à une norme sociale. Les troisièmes se penchent davantage sur ce qui est mauvais globalement pour la santé et l'environnement.

6. Nouvelles questions féministes

Le spectre de la tradition religieuse confine un discours féministe alternatif dans l'ombre, servant par la même occasion les enjeux économiques de la contraception et le contrôle médical du corps des femmes, selon des arguments de progrès et de santé publique. Les méthodes naturelles n'ont pas bonne presse car elles ne portent pas la force symbolique de libération des femmes que porte la pilule contraceptive. C'est donc un tabou au sein de bien des institutions, y compris des centres de planning familial qui se sont médicalisés et osent rarement questionner un système à présent établi, fût-ce au détriment de l'émancipation des femmes. « Au terme de l'évolution de la législation en matière de contrôle des naissances, on assiste en fait à un processus qui, parti de luttes pour la reconnaissance du droit des femmes à disposer de leur corps, à être maîtresses de leurs choix de vie, conduit à un encadrement institutionnel médical et technique. »¹⁶

Au-delà de l'opposition entre contraception hormonale et contraception non hormonale se pose une question fondamentale sur laquelle s'accordent plusieurs auteur.e.s depuis quelques années : l'émancipation des femmes et la transformation des rapports sociaux de sexe liés à la reconnaissance légale de l'accès à la contraception et à l'Interruption Volontaire de Grossesse¹⁷. « Les politiques ont autorisé la contraception à la femme pour réguler les naissances et non pour permettre l'autonomie et la liberté. »¹⁸ Nous le verrons lorsque nous aborderons la place du partenaire : la société est toujours basée sur une séparation des rôles, la femme demeurant responsable de la procréation. « Les dispositifs légaux et étatiques ne traitent que des femmes dans le cadre du contrôle de la vie », dénonce Stéphanie Pache¹⁹ qui constate que les politiques de prévention ne permettent pas aux hommes de trouver une place dans la gestion de la contraception. Pour elle, c'est aussi sur cette conception des rôles sexués que bute la recherche sur la pilule masculine. Les effets indésirables constituent un frein alors que ce n'est pas le cas pour les femmes, et la symbolique de la virilité ne colle pas avec une éventuelle baisse de libido et l'impossibilité de féconder. De plus, « la 'paternité heureuse' ne constitue pas une revendication prioritaire des hommes » et « les hommes ne sont pas encadrés par le

corps médical dans une pratique corporelle de santé qui leur rappellerait sans cesse leur identité sexuée »²⁰, comme c'est le cas pour les femmes. L'argument de santé publique, avancé pour obtenir la légalisation, plutôt que celui d'autonomie qui était la réelle revendication féministe, a conforté le rapport de domination, à travers la reconnaissance du pouvoir médical. « Les médecins ne se sont rallié.e.s à une légalisation de l'avortement et de la contraception que dans la mesure où elles et ils en gardaient le contrôle et sous couvert de progrès pour la santé des femmes et des enfants. »²¹ Stéphanie Pache pose la question de la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui pourrait être interprétée comme « injonction normative : la sensation d'être à sa place, 'bien dans les normes', ne se traduirait-elle pas par un état de 'bien-être psychique' ? et les difficultés rencontrées par celles et ceux qui ne se conformeraient pas tombent bien vite dans le domaine de la pathologie. »²² Elle voit en effet que l'interprétation de la santé est laissée à des « groupes ayant leurs intérêts propres, comme le corps médical ou les entreprises pharmaceutiques. »²²

Sa réflexion rejoint l'argument de l'historienne Yvonne Knibiehler²³ qui rappelle le contexte de la légalisation de la contraception et de l'IVG : non seulement les raisons sociales et sanitaires ont constitué la principale argumentation, dans laquelle l'ordre des médecins a pu voir son intérêt, mais elle y voit aussi l'intérêt économique. Outre celui de la commercialisation des méthodes hormonales, l'essor économique des années 60 demandait main d'œuvre disponible (et meilleur marché tant qu'on y est : l'écart salarial est toujours d'actualité).

14. Autre appellation des contraceptifs hormonaux, l'effet de ceux-ci étant de bloquer le processus d'ovulation
15. Il est intéressant d'observer que la religion catholique est la moins permissive au niveau de la contraception que les religions musulmane et juive. Lire à ce propos Céline AUDOUARD, *Histoire des règles*, CEFA, 2010
16. Hélène BRETIN, *Contraception : quel choix pour quelle vie ?*, INSERM, 1992, p. 172
17. L'abréviation IVG sera utilisée dans la suite du document
18. Céline AUDOUARD, *À l'heure où les moyens contraceptifs permettent de supprimer les règles, que représentent les menstruations dans la vie des femmes ?*, UCL, 2009, p. 39
19. Stéphanie PACHE, *Au nom de la santé*, Colloque « Comment l'État fait-il notre lit ? La régulation des sexualités en Europe », ULB, 25-26 mars 2010, p. 6
20. *Idem*, p. 8
21. *Idem*, p. 4
22. *Idem*, p. 8
23. Yvonne KNIBIEHLER, *Mémoires d'une féministe iconoclaste*, Paris, Hachette, 2007, pp. 247-248



II. PARCOURS CONTRACEPTIFS DES FEMMES

Suite aux interviews menées auprès des femmes, nous relevons les constats suivants.

Le parcours contraceptif des femmes n'est jamais linéaire : sur un long laps de temps, les femmes ne savent plus combien de temps elles ont adopté telle ou telle méthode, à quel âge elles ont changé, etc. Mais il y a souvent réévaluation de la contraception selon les étapes de vie et force est de constater pour beaucoup : la contraception idéale n'existe pas. Même si certaines femmes expriment une satisfaction globale liée à des effets positifs sur leur vie (liberté, limitation des naissances, choix d'être mère ou non) et ne mentionnent pas d'effets secondaires indésirables.

Presque toutes les femmes interrogées ont pris la pilule à un moment de leur vie. Mais dans quasi chaque interview menée, la question de l'impact sur le corps, la santé a été amenée, soit sous forme de critique, soit sous forme de question.

1. Représentations diverses de la contraception

1.1. Au niveau individuel

Le souvenir de la première contraception, de la première visite gynécologique émerge souvent. Mais aussi les oublis ou difficultés à gérer, les contraintes, la question de responsabilité liée à un choix, « s'occuper de ta santé, de ton autonomie », le contrôle sur son corps.

Une ambivalence apparaît : la nécessité de prendre la pilule alors que ce n'est pas bon pour le corps. Quelle alternative ?

La pilule est très souvent citée... au niveau de l'expérience individuelle mais aussi comme symbole collectif.

1.2. Au niveau collectif

La contraception, c'est la pilule : « pourtant je ne la prends pas, mais je ne sais pas, c'est le symbole quoi », et une autre : « C'est la première chose en termes d'objet, de symbole. C'est quelque chose qui est assez fort, y compris dans les luttes féministes, c'était une victoire importante (...) ma tante me parlait de rapports sexuels pollués par l'angoisse que ce rapport soit fécondant, et puis aussi le fait de ne plus être assignée à un destin biologique, de pouvoir choisir »

La liberté, le droit, la contrainte normative reviennent à chaque rencontre. Une jeune femme constate lucidement, à travers sa pratique professionnelle d'animation de groupes de femmes : « celles qui refusent la contraception hormonale et qui préféreraient d'autres méthodes, qui essaient d'autres méthodes, qui rament parfois avec d'autres

méthodes, elles se font ramasser par les professionnels de la santé mais aussi par d'autres femmes et aussi par des féministes, etc. »

La norme, si elle n'est pas citée comme telle est évoquée sous différents angles, à travers un discours conforme, des stratégies visant à se conformer, ou à l'inverse des expressions d'inconfort, de mal-être vis-à-vis des normes, voire de questionnement lucide ou de révolte. Dans un groupe de femmes interviewé, une femme s'exclame : « encore nous parler de contraception ! », visiblement suite à des animations ayant eu lieu à l'initiative de l'association qu'elle fréquente. Elle fait remarquer que c'est parce qu'elles sont des femmes, d'origine étrangère, qui plus est. Cela pose en effet la question d'une norme : « il faut 'leur' en parler ». Nous ne nions pas ici l'intérêt, et même la nécessité d'espaces d'échanges autour de la sexualité, d'un lieu où s'informer sur la contraception, au contraire. Même si cela part d'une très bonne intention de faciliter l'accès à des femmes précarisées, migrantes, pour qui l'accès à l'information peut s'avérer plus fastidieux, cela ressemble aussi à une normalisation : l'émancipation des femmes aujourd'hui passe, pour les acteurs sociaux et sanitaires, par la contraception « moderne », en occultant de bonne foi les ressources de ces femmes au lieu de les rendre visibles et de les valoriser. Cela pose aussi la question du décalage qu'il peut y avoir entre les préoccupations des femmes et l'interprétation des besoins par les professionnels qui les accueillent et les encadrent.

1.3. Choisir de concevoir ou pas ?

C'est ce que signifie le terme contraception pour une quarantenaire universitaire, qui néanmoins n'aime pas le mot parce qu'il y a « contre », « comme si d'office on allait avoir un enfant. Pour moi, ça part d'une méconnaissance du corps de l'homme et de la femme ». Au sein d'un groupe de jeunes femmes, la réflexion suivante a émergé : jeune fille, la peur de tomber enceinte est à la mesure de la mise en garde des parents, de la société... Plus tard, l'entrée dans l'âge admis comme potentiellement reproducteur relativise cette peur. Elle apparaît alors comme disproportionnée par rapport au risque réel, qui serait de 30 % à chaque cycle.

La contraception, c'est donc aussi la peur : peur d'être enceinte. Cette évocation va souvent de pair avec le début de sa vie sexuelle. Une transmission a lieu dans ce sens-là, transmission souvent maternelle, mais aussi sociétale. Dans les expériences individuelles, cette peur est aussi parfois liée au vécu d'un avortement. Ainsi la prise de la pilule n'empêche pas un stress périodique suivi du soulagement de voir arriver ses règles. Cela peut prendre plusieurs années avant de s'estomper et de faire à nouveau place à la confiance en une méthode contraceptive. Dans un cas particulier, une femme s'est fait ligaturer les trompes à 35 ans pour se soulager de cette peur, certaine de ne pas vouloir d'enfant.

Un groupe de militantes et professionnelles en promotion de la santé souligne la méconnaissance de la/sa sexualité, méconnaissance des droits des femmes, « c'est-à-dire le droit de décider de ce qu'il faut faire avec son corps, de décider de sa vie, combien d'enfants je veux avoir, quand avoir une relation sexuelle, dire oui ou non, savoir aussi communiquer avec le partenaire (...) » En effet une question fondamentale a été soulevée: « le discours sur la contraception est trop focalisé sur les moyens et les outils et trop peu sur la relation sexuelle. »

La contraception, « au carrefour entre la liberté et le contrôle des femmes », nous dit une jeune femme de 27 ans qui ressent un aspect négatif au niveau collectif plutôt qu'au niveau individuel: une norme collective, une liberté individuelle? C'est exactement l'inverse qui se dit dans un groupe de femmes du même âge: la maîtrise de la fécondité est une liberté collective, la gestion de la contraception, une contrainte voire un enfermement au niveau individuel.

1.4. La première contraception ... affaire à suivre

Souvent la pilule ou le préservatif. Parfois le coït interrompu, voire la méthode Ogino. Le changement viendra de divers facteurs: insatisfaction de la femme, problèmes de santé, avoir entendu parler d'autres moyens via l'entourage, les médias, désir d'enfant, souhait d'une autre méthode après l'accouchement, souhait de ne plus avoir d'enfants, vie sexuelle pas assez dense, entendu dire que ce n'était pas bon, retrouver le fonctionnement naturel de son corps, lassitude, pression du conjoint, conseil du médecin, souci pour l'écologie...

2. Connaissances et utilisation des moyens de contraception

La connaissance dépend avant tout de l'utilisation qui a été faite de moyens de contraception et donc de l'expérience. Néanmoins, différents relais dont nous parlerons plus loin en abordant la transmission, permettent aux femmes d'avoir entendu parler d'une plus grande variété de moyens anticonceptionnels. Notamment lorsqu'elles ont approché le planning familial en consultation ou via une animation au sein d'une institution qu'elles fréquentent. Mais aussi, et surtout, via leur entourage. Au-delà des méthodes hormonales, irréversibles ou du préservatif, les sources d'information sont moins directes, chez nous en tout cas. Celles qui connaissent le diaphragme par exemple, soit sont de la génération de 68, soit sont en quête d'une contraception qu'on pourrait qualifier d'alternative, en tout cas non hormonale. Et c'est souvent de jeunes femmes d'un niveau d'études supérieur évoluant dans un milieu militant, car il s'agit de contrer une norme, de s'opposer.

Le retrait et la méthode Ogino sont évoqués comme méthodes fiables par quelques femmes migrantes, selon ce qu'elles ont côtoyé dans leur pays d'origine, et l'influence d'une tradition culturelle où il est impensable de ne pas devenir mère. Chez nous, ces méthodes sont rejetées comme inefficaces. L'objectif de ces femmes peut différer en ce sens qu'elles cherchent non pas à ne pas avoir d'enfant, mais à limiter les naissances, les termes ont leur importance: la maternité pour elles est particulièrement valorisée et à cela se greffent parfois des convictions pro-vie, la tradition chrétienne étant très forte dans certains pays comme le Congo par exemple. Il ne s'agit donc pas pour elles de changer ces méthodes au contact de notre culture. D'autres seront par contre en demande d'avoir ce choix et de prendre la pilule ou une autre méthode hormonale. Entre les deux, les chemins des unes et des autres sont sinueux.

Nous abordons ici les méthodes citées ou utilisées par les femmes, selon un classement qui reprend les méthodes hormonales, non hormonales et irréversibles, bien que ces dernières n'entrent pas dans les critères de définition d'un moyen contraceptif, celui-ci devant demeurer réversible. Elles sont tout de même citées comme telles par les femmes.

2.1. Les méthodes hormonales

La pilule

Confortable pour les unes pendant des années. Pour d'autres, elle présente des inconvénients divers: trop dosée, donne des migraines, « on en fait plusieurs pour trouver la bonne », on l'oublie, contre-indiquée au-delà de 35 ans si fumeuse, pas naturel, pas bon pour le corps... Une femme a en effet eu des problèmes aux reins. Le danger pour la santé a traversé les générations, ce n'est pas une préoccupation nouvelle: « ma sœur (...) m'a dit: 'maman et moi, on préfère que tu aies un bébé qu'un cancer'. Alors je ne l'ai jamais prise [la pilule] (...) et puis dans le temps, on avait peur de tout ce qui n'était pas naturel, on se disait que les médicaments, ça va amener des maladies dans le corps de la femme... »

La différence est que la génération des femmes autour de la cinquantaine suppose volontiers que les pilules de la nouvelle génération sont moins risquées: « Mais c'est beaucoup mieux dosé (...) qu'il y a trente ans, non? »

Pour les femmes de 50-60 ans qui ont suivi la vague de mai 68, il y a deux tendances: celles qui ont vu la pilule comme libératrice, facile, au début en tout cas, et celles qui dénonçaient déjà les effets sur la santé, et l'emprise médicale sur le corps des femmes. Côté libérateur, cette femme sexagénaire témoigne avoir changé de gynécologue en raison de ses convictions et obtenu d'un gynécologue laïc la prescription de la pilule:

« je n'ai jamais eu de nausées, jamais eu mal nulle part, je n'ai pas grossi, je n'ai pas eu d'inconvénient (...) Je ne les ai pas oubliées... (...) J'ai continué à prendre mes pilules pendant toute ma vie de femme susceptible d'être enceinte ».

Pour de jeunes femmes nées dans une génération où la prise de la contraception hormonale pouvait, en quelque sorte, tomber sous le sens, la pilule comme première contraception a été très confortable : « j'ai pris ça comme un métronome pendant des années et des années, j'étais très contente de savoir quand j'allais avoir mes règles, de ne pas devoir réfléchir à quoi que ce soit ».

Elle peut d'ailleurs le rester, puisque cette même femme a continué la contraception hormonale jusqu'à ce qu'elle désire un enfant.

« Mon beau-père qui est un écologiste acharné, m'avait parlé du planning familial naturel (...) Je découvrais ma liberté, mon envie de penser par moi-même, de vivre par moi-même et tous ces trucs écolo, assez ascétiques, etc. qu'on vivait à la maison, j'avais un peu envie de les envoyer promener, j'avais envie d'hédonisme, d'insouciance ».

Pour les adolescentes, la pilule peut être un gage de liberté, et une possibilité de découvrir sa sexualité en limitant les sources d'inquiétude.

Pour certaines femmes, le parcours contraceptif, même s'il est régulièrement réévalué, ne pose pas question : « c'est tellement accessoire pour moi (...) Ça se gère tout seul, parce qu'on a des moyens à portée de main donc on ne se pose plus trop la question », constate une femme quarantenaire qui a oublié les raisons de changer de contraception à différents moments de sa vie : « je ne m'en souviens plus, je m'en fous complètement ».

Tendance assez moderne à évacuer les questions qui pourraient entraver la marche folle du quotidien, à veiller à ce que tout soit géré, sous contrôle, mais également ne pas subir de contrainte supplémentaire en profitant des avantages de la contraception hormonale.

L'oubli est régulièrement évoqué comme inconvénient de la pilule. Certaines jeunes femmes mettent en place des trucs comme faire sonner son GSM, une autre évoque la dissociation d'avec la fertilité : « le fait que je ne pense pas directement au fait de ne pas avoir d'enfant, c'est peut-être lié aussi au fait que j'oublie ».

La prise de la pilule perdrait inconsciemment de son sens dans ce cas ? Cela paraît contradictoire avec l'argument de libération de la sexualité justement grâce à cette dissociation.

Une femme évoque aussi le stress : « j'ai arrêté parce que ça m'embêtait vraiment d'avalier ces petites pilules tous les jours, et puis ça me stressait aussi, je me disais 'ça ne va peut-être pas marcher', quand j'ai mes règles à la fin du mois, c'est une libération. »

La confiance en une méthode contraceptive est primordiale, quelle qu'elle soit. Et la confiance accordée à l'une plutôt qu'à l'autre est très individuelle. Il y a aussi un phénomène de peur qui peut être constante chez certaines femmes. La peur d'être

enceinte prend le dessus malgré l'efficacité prouvée d'une méthode. On sait que le risque zéro n'existe pas et c'est quelquefois difficile de vivre avec cela, de lâcher prise. Peut-être d'autant plus dans une société où on a l'illusion que tout est sous contrôle, et où s'exerce une pression à la réussite. Une femme âgée que nous avons rencontrée dans un autre contexte que les interviews tenait ce discours culpabilisant : « de mon temps, d'accord, mais maintenant, avec tous les moyens qu'on a... », sous-entendu, on n'a plus droit à l'erreur.

« La gyné, elle trouvait ça ridicule quand je lui disais que je n'aimais pas cette pilule parce que j'avais plus tous ces symptômes qui t'annoncent que tu vas être réglée. »

Pour cette femme de 37 ans, c'est son médecin traitant qui va lui proposer le stérilet après des années de pilule inconfortables. En effet la gynécologue lui conseillait de prendre la pilule en continu pour diminuer les maux de tête, ce que la femme n'acceptait pas davantage à cause du fait qu'elle n'avait pas ses règles : « on sent encore plus la puissance du médical. » Une autre femme a aussi été perturbée par la disparition des règles, sous micropilule, avec en plus une tendance dépressive « trois jours par mois ». Il est nécessaire de trouver le soignant qui va réellement entendre la patiente.

L'alternative la plus souvent proposée par les médecins lorsque la pilule ne convient vraiment pas, est le stérilet. Depuis peu, avec l'arrivée d'autres méthodes hormonales comme le patch ou l'anneau, ces derniers sont parfois présentés comme possibilité, mais peu mentionnés par les femmes interviewées, plutôt par les plus jeunes.

La pilule est aussi utilisée en préménopause comme l'indique cette femme : « pour me soulager avant la ménopause ». Le médecin l'a rassurée concernant l'innocuité tant qu'elle ne la prenait pas à long terme. Il est intéressant de noter que cette femme, après un régime et une modification de son hygiène de vie, n'a plus eu besoin de pallier les inconvénients de la préménopause car elle ne les ressentait plus. À ce propos, une professionnelle en promotion de la santé s'étonne de rencontrer des femmes « qui ont pris la pilule pendant 30 ans, qui ne sont pas du tout prêtes de l'abandonner ». Elle y voit une représentation de « fécondité illimitée ou la nécessité de prendre un médicament pour maîtriser ce corps qui est parfois non maîtrisable. » Pour beaucoup de femmes ménopausées, ne plus prendre la pilule se révèle être pourtant une libération. Un bénéfice de l'arrêt de la pilule souvent évoqué est aussi l'augmentation de la libido.

Un piège est probablement la prise de la pilule, particulièrement chez les jeunes, comme l'ont évoqué, voire dénoncé certaines femmes et quelques professionnels, pour d'autres raisons que la contraception : acné, hirsutisme, régulation du cycle... Cette dernière raison est une illusion puisque la prise d'hormones donne lieu non

pas à des règles à proprement parler, mais à ce qu'on appelle des saignements de privation. Par ailleurs, on oublie qu'il est normal que, chez les jeunes filles, le cycle mette plusieurs années à se stabiliser.

La question est évidemment celle du confort. On peut constater à cet égard peu d'ouverture à des alternatives lorsque la prise de la pilule n'est pas a priori souhaitée pour sa première fonction, c'est-à-dire contraceptive.

Le stérilet hormonal

Devenu très en vogue vu ses avantages présumés : plus d'efficacité grâce à la diffusion d'hormones qui vient compléter le rôle initial du stérilet classique, et moins, voire pas de menstruations. À l'instar de la pilule pour l'acné ou les « règles irrégulières », il peut même être prescrit en complément comme dans le cas de cette femme de 43 ans : « Les clips n'étaient pas suffisants parce que j'avais des problèmes au niveau du débit du sang et donc on a mis un stérilet pour pouvoir réguler tout ça. »

L'anneau vaginal

« J'ai entendu parler de l'anneau parce que ma belle-mère le mettait (...) elle est médecin, elle m'a dit que c'était mieux parce que c'est local (...) Ça ça me convient bien » Cela permet de ne pas avoir à y penser tous les jours. Autre avantage évoqué : une diffusion moindre d'hormones à un niveau local.

« L'anneau ne m'a pas convenu parce qu'il s'en allait, parce que je n'aimais pas cette idée d'avoir quelque chose à l'intérieur de moi ».

« Je l'ai dans mon armoire depuis un an et demi et je n'ai toujours pas, je n'y arrive pas, à passer le cap. Je ne sais pas pourquoi. C'est de nouveau l'idée d'avoir quelque chose. », sous-entendu après le stérilet qu'elle ne supportait pas, après la pilule en laquelle elle n'avait pas confiance.

Le rapport au corps intervient particulièrement dans le cas de l'anneau car cela nécessite de mettre les doigts dans le vagin. Si de jeunes femmes trouvent ça confortable, la réticence s'exprime souvent au niveau de mettre quelque chose à l'intérieur de son vagin, la peur de le perdre, que le partenaire le sente... et bien entendu le prix est un frein. Dans un groupe de femmes a été évoqué avec humour la combinaison anneau trois semaines, coupe menstruelle²⁴ la semaine des règles (cela pourrait être un tampon) et préservatif quand il y a incident, ce qui fait toujours un accessoire à enfiler. Cela peut devenir lourd en effet. Cela illustre le problème de la contraception en général : la contrainte de ne jamais avoir le corps et la tête libres.

Nous n'avons pas de témoignage direct concernant le **patch**. Diffusé à peu près à la même époque que l'anneau, il fait partie de nouvelles méthodes et semble être davantage proposé aux plus jeunes.

L'injection trimestrielle

Très peu évoquée et encore moins utilisée, cette méthode est plus courue dans les pays de l'est et du sud. Les représentations autour de cette méthode pour les femmes ici ne sont pas positives : « ça fait peur, ça fait assez carcéral quoi ou bétail ». Elle est perçue comme adaptée aux femmes pour qui la gestion d'une contraception semble poser problème. À ce propos, pour un regard critique et complet, Hélène Bretin a analysé l'utilisation de cette méthode marginale dans son ouvrage *Contraception : quel choix pour quelle vie ?*²⁵.

Elle a cependant été citée par une femme, migrante justement : « ça marche bien mais ce n'est pas normal que tu n'as pas de règles. » D'autres méthodes plus récentes diminuent voire suppriment aussi les règles : cela peut être un choix ou au contraire déranger la femme, mais cette question est très individuelle.

Nous n'avons pas de témoignage concernant l'**implant**. Par contre, classé parmi les LARC²⁶, nous faisons l'hypothèse que la question des règles doit se poser, comme dans le cas cité ci-dessus pour la piqûre : la disparition ou des saignements irréguliers peuvent être un frein ou au contraire une incitation à l'utilisation de ces méthodes (y compris le stérilet hormonal). Tout dépend de la place des règles dans la vie de chaque femme : les unes trouvent un certain confort à ne plus les avoir, ou à avoir un cycle plus régulier, comme cela peut être le cas avec la pilule, d'autres ont l'impression de perdre quelque chose d'elles-mêmes. Il n'y a donc pas à présupposer ce qui conviendra le mieux pour « les » femmes en se focalisant sur certains avantages présumés.

2.2. Méthodes non hormonales

2.2.1. Le stérilet au cuivre

Ce moyen mécanique reste, malgré l'arrivée du stérilet hormonal plus souvent proposé désormais, une option pour les femmes ayant eu des enfants. Selon l'ouverture du médecin, des jeunes filles ou jeunes femmes n'ayant pas eu d'enfants l'utilisent également : « il y a des gynécologues qui n'acceptent pas de mettre des stérilets chez des femmes qui n'ont pas d'enfants, mais je pense que maintenant c'est dépassé »,

24. Coupe en silicone ou latex à insérer dans le vagin pour récolter les règles. Plus d'informations : <http://www.easycup.fr>

25. Hélène BRETIN, *op. cit.*

26. Long Acting Reversible Contraceptives

d'autant plus qu'il existe un mini-stérilet. Mais la crainte reste souvent en effet chez bon nombre de médecins : des complications dues à une IST qui entrainerait une stérilité, le risque zéro n'existe pas.

Ce n'est pas une première contraception. Elle vient souvent à la suite de la pilule comme quelque chose de plus naturel quand des symptômes avec la pilule deviennent insupportables. L'inverse est vrai aussi : le stérilet peut être insupportable pour certaines femmes, souvent en cas de règles abondantes et douloureuses. De nouveau la communication va avoir tout son sens comme l'exemple de cette femme que la gynécologue, se fiant à son vécu personnel, n'a pas prévenue de la douleur, courante pendant ou après la pose du stérilet, d'autant plus que l'utérus se contracte.

« Des moyens de contraception qui fassent mal, je trouve ça hyper grave », se révolte une jeune femme, « parce qu'on n'a jamais peur de faire mal aux femmes ».

« Je trouve que ce qu'il y a dans le corps, ce n'est pas bien parce que parfois ça abîme. »

Il y a aussi la rumeur ou les femmes qui témoignent de grossesses sous stérilet, du stérilet mal placé... À l'inverse, une femme témoigne avoir opté pour le stérilet quand elle est tombée enceinte sous pilule. Il y a aussi l'association avec la stérilité : « quand moi je parlais du stérilet, tout le monde m'a dit 'tu es folle, un stérilet c'est dangereux, si jamais tu ne peux pas avoir d'enfant...' ».

On ne peut nier qu'il y ait déjà eu quelques cas. Aujourd'hui, l'exception suffit à faire peur et un certain nombre de médecins préfèrent le terme de Dispositif Intra-Utérin pour qu'il n'y ait pas d'amalgame.

Un cas singulier amène réflexion : une femme a choisi de mettre un stérilet pour ne plus revivre le « rejet des autres », « la pression des autres ». En effet après avoir utilisé une méthode naturelle pendant 7 ans sans échec, elle a eu deux enfants imprévus suite à des facteurs dont elle ne savait pas qu'ils pouvaient troubler le cycle (échec scolaire, vacances). Ce qui a occasionné beaucoup de culpabilisation de la part de l'entourage, alors que le couple, au fond était heureux d'avoir ces enfants. Elle n'a pas supporté les inconvénients du stérilet : l'abondance des pertes de sang a occasionné de l'anémie.

2.2.2. Les méthodes barrières

Le préservatif masculin, largement accessible grâce aux campagnes de prévention IST/sida : parfois défini par les femmes comme le seul moyen contraceptif masculin il implique une négociation avec le partenaire.

Des femmes ont fait le choix de n'utiliser « que » le préservatif, au grand étonnement de leur gynécologue ou de leur entourage. « Mon gynécologue ne comprend pas. Il dit que je suis un peu à la masse. » Il est en effet généralement admis que le préservatif s'adresse aux ados, en attendant la pilule, et dans le cas de relations multiples

non durables... mais idéalement, dans ce dernier cas, une contraception hormonale est tout de même considérée comme la bienvenue. Les pouvoirs publics favorisent d'ailleurs la sensibilisation à la double protection : « L'amour en toute sécurité égale contraception plus préservatif »²⁷. Vu l'association préservatif-protection contre les IST, ce dernier n'est parfois pas du tout perçu comme un moyen de contraception, ou en tout cas pas prioritaire et peu fiable. À ce dernier argument, beaucoup de jeunes répondent à juste titre : si ce n'est pas fiable contre une grossesse non désirée, comment cela pourrait-il l'être contre une IST ? En effet l'efficacité est principalement dépendante du mode d'emploi. S'il est bien utilisé, le préservatif n'est pas moins fiable qu'une autre méthode. Et il continue d'être un bien privilégié pour les jeunes. Les campagnes de sensibilisation ont compris l'intérêt de son aspect ludique. Ainsi témoigne une quarantenaire sur ses premières expériences :

« C'était un petit jouet en plus, pour peut-être démystifier l'histoire parce que tout au début quand on est jeune on ne sait pas trop à quoi on doit s'attendre, les rapports sont très..., je ne trouve pas le terme, plutôt fragiles, et donc c'est une façon de dévier l'attention et d'être moins mal à l'aise ».

Cela est vrai quand, comme elle le précise, l'utilisation coule de source pour les deux partenaires.

Pour une trentenaire, c'est devenu son moyen de prédilection après avoir définitivement abandonné la pilule par crainte pour sa santé mais aussi après avoir décidé de mener « une vie sexuelle assez libre » :

« Outre le fait que c'est le seul moyen qui pour moi s'allie vraiment à une liberté sexuelle, c'est aussi le moyen 'le plus propre', à mon avis et c'est important pour moi, ajoutant : c'est plus un niveau de confort que de méfiance de l'autre. »

Comme moyen de contraception, quelques témoignages de femmes révèlent une contradiction dans le langage. Elles l'utilisent comme moyen de contraception exclusif mais déclarent à propos de la contraception, comme cette femme : « je ne connais rien dans ça parce que moi j'utilise le préservatif. » La contraception est ainsi clairement identifiée aux moyens anticonceptionnels hormonaux.

D'autres femmes évoquent les mêmes réticences que certains hommes : « je n'étais pas très à l'aise », « je ne supporte pas », « c'est contraignant », « ça empêche certaines sensations », « ça me bloque ».

27. Campagne publique Laura.be pour informer sur le remboursement des contraceptifs jusqu'à 21 ans, mesure adoptée par le Ministre Rudy Demotte en 2004

Remarquons que le préservatif est aussi un moyen davantage évoqué par les femmes de moins de 45 ans, puisqu'il a connu un essor de diffusion avec l'arrivée du sida dans les années 80. À quelques exceptions près comme cette sexagénaire à qui la gynécologue a conseillé d'arrêter la pilule pour voir, à 45 ans, où elle en était dans ses cycles. « Je n'en avais jamais utilisé, moi ! J'ai trouvé ça très amusant ».

Le préservatif féminin, plus timidement utilisé, parce que sa forme et sa taille ne sont pas engageantes pour certaines filles ou femmes, son coût reste élevé par rapport au préservatif masculin, et il n'est que très peu diffusé. Par ailleurs, la question du plaisir se pose comme pour le préservatif masculin, voire davantage pour la femme : « ce n'est pas bien travaillé (...) Encore une fois, on a oublié les femmes ! »

Autres méthodes barrières moins courantes

Moins courantes, moins faciles d'accès, les femmes utilisent aussi des méthodes barrières considérées dans le courant dominant comme obsolètes ou trop peu efficaces.

Le diaphragme : il est possible de le commander en France sur prescription d'un.e professionnel.le. Les femmes de 60 ans ont connu cette méthode avant l'arrivée de la pilule sur le marché. Et même alors, certaines ont privilégié cette méthode pour plusieurs raisons : c'est moins médical, plus naturel, c'était aussi plus facile pour voyager longtemps sans avoir à se soucier de l'accès, bien que cela ait pu poser la question de l'hygiène. L'inconvénient principal est la bonne pose dans le vagin. Pour une femme militante de 37 ans, c'est une alternative aux préservatifs quand la fréquence des rapports augmente : « je n'ai jamais voulu prendre d'hormones, moi je trouve mon corps bien comme il est, pourquoi est-ce qu'il faudrait tous les jours ajouter quelque chose ? » Elle s'étonne : « quand je suis arrivée ici les gens ne savaient même pas ce que c'était ».

C'est visiblement plus connu hors de nos frontières, dans les pays germaniques, en France ou aux États-Unis. Mais elle y trouve un autre inconvénient que la pose : la crème spermicide qui l'accompagne, un manque de confort pour les stimulations orales.

La cape cervicale est moins courante encore. Elle a à peine été citée.

2.2.3. Les spermicides

Les spermicides sont très peu prescrits si ce n'est en complément d'une méthode barrière (préservatif, diaphragme, cape cervicale) vu le taux d'échec élevé même en cas de bonne utilisation ; ils sont difficiles à trouver suite à la chute des demandes.

Les éponges spermicides, très peu connues : « ça doit être médiéval » ou très alternatives « c'était assez marrant parce que j'étais manifestement la seule sur le département à utiliser ça », témoigne une Française de 34 ans pour qui c'était la première

contraception, « et donc petit à petit, les stocks d'éponges étaient drainées vers mon antenne du planning depuis tout le reste du département. »

2.2.4. Les méthodes dites « naturelles »

Ces méthodes consistent à observer l'évolution physiologique de ses cycles et reçoivent des a priori négatifs encore plus importants que les méthodes barrières précitées.

« Ce n'est pas évident déjà de recevoir concrètement l'information et puis de demander et de savoir où la trouver effectivement. »

constate une jeune femme qui s'est formée au planning familial naturel. Il y a 40 ans, il y avait un mouvement en marge dans lequel peuvent se reconnaître plusieurs femmes : « on en parlait, il y en avait beaucoup autour de moi qui prenaient la pilule, mais c'était déjà, tu vois, mon côté rebelle, consommation, pilule et tout ça, je n'ai jamais su prendre un médicament trois jours de suite ».

Si les méthodes Ogino et autres sont perçues comme liées à la tradition catholique, les méthodes dites naturelles font aussi partie d'une revendication par rapport au refus de la société de consommation et à l'appropriation de son corps dans la mouvance du collectif de Boston né dans les années 70, « Our bodies, ourselves », qui prônait l'auto-examen et l'autosanté, dans une critique de la médicalisation du corps des femmes, un retour à l'intuition, à une confiance en sa capacité à s'observer et comprendre les signes du corps.

« Ça, moi, j'ai depuis que j'ai été enceinte », s'exclame une jeune femme, ce à quoi une autre répond : « mais ça, tu ne le sens pas quand tu es sous pilule évidemment ! Donc les jeunes filles, elles ne connaissent pas. Une fois que tu arrêtes la pilule, waouh ! C'est une redécouverte de tes sensations, de ton corps, de toutes les humeurs qui vont avec aussi. »

Nous avons entendu de manière récurrente de la part des femmes cette joie de retrouver son corps et ses sensations.

Le calendrier selon Ogino est encore utilisé sur base de souvenirs de cours de biologie ou d'une sensibilisation spécifique, par des femmes qui estiment avoir un cycle suffisamment régulier pour se fier à ce calcul et ne souhaitent pas recourir à une contraception hormonale, ou par des jeunes filles n'ayant pas accès à d'autres méthodes, souvent avec beaucoup de risques, ne connaissant pas bien leur cycle, ou encore des femmes qui ont reçu cette transmission dans leur culture et se sentent plus à l'aise et en adéquation avec cette méthode. Une Africaine a essayé la pilule en arrivant en Belgique, et après plusieurs échecs, est revenue au calendrier qu'elle maîtrise et qui lui convient : « J'étais enceinte tout en prenant la pilule (...) Ce n'est pas que ça m'a fait mal d'avoir un bébé, mais je me suis dit 'pendant tout ce temps je me

suis embêtée à prendre ça' et puis après je me suis dit « mais si je retournais à mon calendrier, je serais calme ».

Et elle ajoute l'enjeu financier comme argument. Les femmes occidentales trouvent cela plutôt fastidieux pour la majorité, d'autant plus que les cycles ne sont pas toujours réguliers. Sauf cette femme de 50 ans qui a préféré laisser tomber la pilule: « je suis incapable de prendre un médicament, au bout de trois jours, j'oublie de prendre ce genre de trucs, donc j'ai toujours calculé. Je connais mon corps, à la minute je pourrais dire si je peux être enceinte ou pas et voilà. »

La méthode des températures est devenue assez marginale : certaines femmes se souviennent avoir entendu parler de cette méthode comme permettant de repérer l'ovulation, d'autres l'évoquent comme quelque chose qui reviendrait sensiblement à la mode, mais cela reste méconnu et confidentiel.

L'observation de la glaire, ou méthode Billings, est très peu connue vu le manque d'éducation à la physiologie que nous recevons, et aussi à un tabou qui persiste quant aux humeurs, voire un hygiénisme qui tend à considérer ces dernières comme sales.

La méthode du double check est enseignée par des formateurs et formatrices en Planning Familial Naturel²⁸ pour la Belgique francophone sous le nom d'indices combinés ou méthode symptothermique²⁹; une appellation européenne verra le jour en 2011, le sensiplan³⁰. Il s'agit de l'observation d'au moins deux indices qui permettent de déterminer le début et la fin de la période fertile, mais également d'une attention portée à tous les signes physiologiques qui se manifestent dans le courant d'un cycle et en comparaison avec les cycles précédents.

Les raisons d'utiliser cette méthode diffèrent selon le parcours de chacune mais globalement, deux préoccupations entrent actuellement en ligne de compte comme pour cette femme de 26 ans: « je voudrais arrêter la pilule parce que je la prends depuis mes 16 ans (...) je me rends compte que je n'ai pas une compréhension très aboutie de comment mon corps fonctionne et de quand je suis dans quel moment de mon cycle ».

Il y a là un appel à transmission. Et une adaptation: « on est tellement habitués à la pilule. (...) on ne se rend pas compte qu'il y a d'autres moyens qui peuvent être aussi sûrs. C'est clair que ça demande une adaptation aussi sur le plan de la sexualité, comment on va vivre notre sexualité. »

Ca demande aussi une adaptation des mentalités! Méconnue, elle récolte beaucoup de réactions similaires de la part de médecins, parents, partenaires lorsque les femmes, jeunes entre autres, les évoquent, comme cette jeune femme le résume: « Elle est discréditée tout le temps, on dit que c'est débile, que c'est fou, que ça ne marche

pas, que c'est catho, enfin, j'en sais rien, tout ce qu'on peut mettre derrière, ce n'est pas du tout étonnant, tout le monde réagit comme ça : c'est impressionnant de voir le matraquage mental qu'il y a derrière les questions de contraception ».

Une autre donnée intervient dans l'interrogation des jeunes femmes et l'intérêt pour cette méthode: le désir d'enfant.

« Au moment où j'ai commencé à penser à avoir un bébé, à arrêter la contraception, je me suis dit: c'est le bon moment pour découvrir ce que c'est, tester. »

Cette jeune femme affirme que, lorsqu'elle aura un enfant, elle ne reviendra pas à la contraception hormonale.

Avec celle-ci, le lien mental entre sexualité et fécondité s'opère nettement moins, voire pas du tout. On pourrait parler d'étapes de vie différentes auxquelles s'adaptent mieux ou moins bien les moyens de contraception. Pour une autre femme de 37 ans, c'est une méthode qui rend conscient et donc responsable parce que « on comprend comment fonctionne le corps ».

Cette méthode va de pair avec la mouvance bio/écologique: choisir une méthode plus naturelle et à l'écoute du corps. Une formatrice en PFN remarque que c'est un aller-retour entre méthode et ressenti, puisqu'on se met à l'écoute des signes du corps. Par ailleurs, c'est aussi une méthode qui épouse le va-et-vient de l'inconscient: si l'ambiguïté peut faire oublier la prise régulière de la pilule, ici, les erreurs d'interprétation des graphiques sont, à leur tour, symptomatiques de cette ambiguïté.

Deux utilisatrices témoignent d'une confiance et d'une connaissance progressives du cycle, qui peuvent amener à alléger la charge de transcription rigoureuse et d'observation quotidienne. Cette dernière devient un réflexe: une attention accrue se développe. L'apprentissage prend néanmoins quelques mois et il semble intéressant, soit de commencer seule lorsqu'on n'a pas de partenaire pour être à l'aise, soit de bénéficier d'une collaboration volontaire du partenaire. Cette méthode en particulier nous ramène à la question de la valeur du temps.

Ces méthodes sont souvent couplées avec une méthode barrière pour les jours fertiles, mais pas d'office: selon les croyances, soit par choix, soit par tradition, les

28. Nous utiliserons indifféremment pour désigner la même méthode d'indices combinés les termes: double-check, symptothermique et PFN, abréviation de Planning Familial Naturel

29. Cette dernière appellation est aussi utilisée au Canada par l'association Serena qui développe la formation à cette méthode, et la Fédération du Québec pour le planning des naissances

30. <http://www.dita.de/fr>

couples pratiqueront l'abstinence périodique. Ce terme est beaucoup utilisé dans les enquêtes et les sources d'information écrites, mais comme nous l'avons vu, cela ne nous donne pas à voir sur quelle base la période d'abstinence est déterminée. En évoquant la possibilité d'utiliser par exemple un préservatif en période fertile, une femme d'origine africaine réagit : « en venant ici, il y a beaucoup de choses qui sont en vue alors que chez nous, nous vivons encore, malgré l'évolution, il y a encore certaines choses qui sont un peu taboues. Alors les gens sont un peu limités à ne pas trop vite avancer. Mais ce n'est pas qu'on est arriéré ou quoi, non il y a des informations, il y a des médecins qui en parlent (...) on assiste à tout ça mais chacun fait son choix (...) On n'est pas obligé de tout faire parce que l'évolution le demande, non. »

Le coït interrompu ou retrait est encore utilisé faute de moyens ou d'information, ou encore pour convenance personnelle, ce qui est plus rare. Une jeune femme a évoqué cette méthode comme accessible : « même les filles qui sont toutes jeunes, qui ne sont pas bien informées, elles vont penser à ça. Donc c'est accessible mentalement ». Pas facile pour autant... « C'est l'angoisse, ça, et si ? Et si ? Et si ? » résume une cinquantenaire.

Et puis, il y a les méthodes dont les femmes ont entendu parler mais qui ne sont plus d'application, et qui consistaient à rendre hostile l'environnement vaginal : « J'ai entendu ma mère en parler avec des femmes. C'est du coton qu'on brûlait avec de l'iode, comme un tampon (...) les femmes mettaient ça dans leur vagin ».

Sans compter des méthodes marginales à base de plantes stérilisantes ou empêchant l'implantation de l'ovule fécondé³¹ ou d'huiles essentielles... sur lesquelles nous n'avons pas d'indices précis ni de témoignages d'utilisation. La confiance que certaines femmes accordent à ces méthodes est à la mesure de leur marginalité, puisqu'il n'y a pas de recherches scientifiques qui permettent de cerner leur utilisation et d'évaluer leur efficacité. Mais cela laisse penser à un héritage qui date de bien avant Ogino, et qui devait être maîtrisé par des femmes. Le Luna yoga³² a également été cité dans la même veine pour « faire revenir les règles », la formule qui a précédé la notion de contraception au cours de l'histoire.

2.3. Méthodes irréversibles

La ligature des trompes est peu évoquée, plutôt dans l'objectif de ne plus avoir d'enfants... mais aussi de ne pas en avoir tout court ! Pour les femmes plus jeunes, c'est le refus : pas avant 35-40 ans. Parfois bien vécu « parce qu'il [le médecin] m'a expliqué pourquoi », le refus est aussi pris comme une atteinte à sa liberté individuelle : « ça fait 20 ans que je suis sûre à 150 % que je ne veux pas avoir d'enfant », s'indigne une femme

proche de la quarantaine qui a été découragée par la procédure psychologique par laquelle elle devait passer « pour finalement avoir le droit de faire quelque chose ». À la crainte de l'irréversibilité exprimée par beaucoup, si à un moment de sa vie elle change d'avis, elle rétorque : « on fait tout le temps des choix qui sont irréversibles ! Mais pourquoi dès le moment qu'il s'agit de notre reproduction, quelqu'un d'autre devrait nous contrôler là-dessus ? »

La ligature et la **vasectomie**³³, sont actuellement potentiellement réversibles, « c'est compliqué, mais c'est possible », précise une femme. Une autre rebondit en dénonçant ce qu'elle a vécu comme une violence : « j'ai eu deux césariennes, à la deuxième, j'avais eu des problèmes à la clinique, ils ont voulu d'office me ligaturer les trompes ».

Même si elle ne souhaitait plus avoir d'enfant, elle a refusé, vu le contexte dans lequel cela lui était présenté.

Dans un groupe où la majorité des femmes, d'origines diverses, était plus âgée, la ligature fait aussi réfléchir à l'arrêt de la période féconde : la ménopause. Le côté irréversible peut être un soulagement, mais ce n'est pas évident. Cela leur évoque spontanément cette période où leur organisme ayant changé, leurs réactions face à la vie changent, dans leur corps, dans leur tête, dans leur couple... Elles évoquent l'isolement, les discours pessimistes autour de cette période. Sortir de la potentialité de reproduction est un chemin de remise en question, plutôt dévalorisé dans notre société.

3. Que retenir ?

L'échange sur les méthodes contraceptives au sein des rencontres collectives a généré beaucoup de questionnements, d'envie de découvrir, d'en savoir plus, et d'ouverture sur le choix des unes et des autres.

L'information reste un point crucial, pas seulement le mode d'emploi, ou les avantages et inconvénients, mais le fonctionnement du corps et l'effet des contraceptifs sur le corps et le cycle. Les femmes interviewées sont toutes relativement informées par rapport à la contraception, font état de ressources diverses, quel que soit leur âge, leur milieu de vie... mais beaucoup restent en quête d'informations correctes, d'échanges sur l'aspect physiologique dans les différents groupes rencontrés pour pouvoir faire le tri dans les informations reçues jusqu'alors. Un dernier exemple : une jeune femme, pendant son séjour en Amérique latine, se retrouve sans approvisionnement de pilules.

31. Susun WEED, *Le trèfle de vie*, Genève, Mamamélis, avril 2004

32. <http://www.lunayogafrance.com>

33. Nous évoquerons la vasectomie dans le chapitre 4 sur la place du partenaire

« Il y a eu un moment sans doute flou et puis je me suis dit que de toutes les façons je prends la pilule depuis tellement longtemps que mon corps il ne va pas se remettre à fonctionner tout de suite. »

Elle a analysé par la suite le fait de tomber enceinte comme une ambiguïté inconsciente, mais sa prise de risque était aussi liée à une croyance erronée et pourtant courante. Cette même femme a découvert plus tard au cours de son voyage un livre sur le planning familial naturel : « ça m'a vraiment intéressée et là j'ai compris plein de choses. » Peu importe le moyen qu'elle a privilégié ensuite, simplement pouvoir faire des choix en connaissance de cause reste un objectif important à viser.

Pour revenir au ressenti du corps, une femme quarantenaire, ayant essayé aussi bien des méthodes hormonales que mécaniques ou naturelles, constate qu'à force de chercher et de ne pas trouver ce qui convient, on accepte ce qui dérange, « on dirait que la mémoire oublie ce qu'elle connaissait. Au bout d'un certain temps, on ne sait plus comment c'était d'être bien. »

Le confort est certainement un des critères essentiels sur lequel l'impasse ne peut être faite lorsque les femmes cherchent conseil auprès de professionnel.le.s. Et c'est une notion qui dépend du rapport des femmes à leur corps, leur sexualité, leurs priorités selon l'étape de vie dans laquelle elles se trouvent. Quelques aspects interviennent dans le rapport à la contraception, qu'il nous paraît important de résumer ici. À commencer par le rapport qu'ont les femmes à leurs règles, et qui découle aussi de discours et d'héritages divers³⁴. Ensuite, qu'en est-il de la connexion entre la contraception et la reproduction ? Il est plus évident de parler de dissociation entre sexualité et reproduction, argument important de la libéralisation de la contraception médicale au service de l'émancipation sexuelle des femmes, que de vivre effectivement cette dissociation. Par ailleurs, les méthodes barrières et naturelles rappellent à la femme qui les utilise « lors de ses rencontres sexuelles que son corps possède une étrange puissance d'enfantement »³⁵. Pour les femmes nées avec la pilule, comment gérer cette tension entre ce pouvoir que beaucoup découvrent dans le ressenti de leur corps lorsqu'elles arrêtent la contraception hormonale, et « faire taire cette puissance »³⁶ pour vivre une sexualité libre de cette contrainte ? Enfin, s'il y a relative mésinformation concernant le corps, la maîtrise de celui-ci apparaît néanmoins comme une injonction ou un souhait, selon les femmes. Une norme encore, contre laquelle les femmes résistent consciemment, en cherchant des alternatives, ou inconsciemment, à travers les échecs de contraception notamment.

4. La place du partenaire

Selon Cyril Desjeux³⁷, l'enjeu principal de l'implication des hommes dans la contraception est la relation de pouvoir dans le couple. Il cite Marc Bessin pour qui les hommes sont « soumis au dilemme de l'aspiration aux changements et à l'inertie du confort de la situation de dominant. »³⁸ Il relève à l'instar d'autres auteur.e.s que la fécondité dans notre société est « d'abord pensée dans un registre féminin ». Selon Françoise Héritier, « accorder la liberté contraceptive aux femmes n'était qu'une manière de laisser encore à leur seule responsabilité toutes les charges qui relèvent de la fécondité et de la procréation »³⁹. Cette analyse est partagée par plusieurs chercheuses, de Nathalie Bajos à Yvonne Knibiehler. Découlent de cette représentation sociétale : le refus des hommes de s'impliquer, le refus des femmes de partager car cela pourrait être une menace pour leur autonomie, un contexte médical qui n'est pas forcément favorable à l'implication des hommes.

Nous avons pu vérifier au cours de nos entretiens que ce sont effectivement les femmes qui prennent en charge la contraception, de la gestion au coût en passant par l'initiative d'une discussion sur la question. Certains jeunes s'inquiètent de ce que la femme qu'ils rencontrent est bien protégée d'une grossesse qu'ils ne désirent pas, mais n'iront pas chercher au-delà : « d'un autre côté, c'est logique qu'ils ne te demandent pas ce que tu fais avec ta contraception, étant donné qu'ils ne sont pas dans notre corps : ce n'est pas eux qui ont mal à la tête », ironise une femme quarantenaire. D'autres, déjà moins nombreux vont partager le coût, ou encore servir d'aide mémoire. Dans le cas du partage du coût, les jeunes femmes interviewées témoignent plutôt d'une initiative qui n'aboutit pas : soit à leur demande à elles, soit sur une proposition de leur partenaire qui ne se concrétise pas. Si beaucoup de femmes n'y pensent pas ou n'insistent pas, cela peut être une exigence affirmée chez de jeunes femmes ne supportant pas l'inégalité au

34. Lire à ce propos, pour une approche récente : Céline AUDOUARD, *À l'heure où les moyens contraceptifs permettent de supprimer les règles, que représentent les menstruations dans la vie des femmes ?*, UCL, 2009 ; voir aussi Diana FABIANOVA, *The moon inside you*, Film documentaire, 2009

35. « Mam'zelle Angèle a arrêté la pilule », in : *Scum grrrls*, Bruxelles, printemps 2008, p. 20

36. *idem*

37. Cyril DESJEUX, *op. cit.*

38. *ibid.*, p. 15

39. Françoise HERITIER, citée in Cyril DESJEUX, *op. cit.*, p. 2

niveau de la prise en charge, en plus d'une difficulté financière comme en témoigne cette femme de 34 ans : « je trouvais assez injuste (...) de prendre la pilule, donc d'être quelque part un peu seule en charge de la contraception. Pendant un temps, je la faisais payer à mes copains, histoire de... De toute façon, je n'avais pas de ressources personnelles ».

Alors que pour cette femme, il était impensable d'impliquer ses parents, une autre trentenaire a vu ses parents lui proposer, dans une logique éducative, « un arrangement financier (...) : un tiers pour eux parce qu'ils avaient la responsabilité de pourvoir à mes besoins, mais ils estimaient que c'était une activité d'adulte, (...) qu'on doit assumer comme adulte (...) et donc leur idée c'était que les deux autres tiers étaient payés par chacun des deux partenaires ».

Cela demandait une négociation avec le partenaire, qu'elle n'a pas souhaitée à 15 ans, mais elle reconnaît avec du recul que c'était une « bonne manière de faire ».

Elles témoignent aussi d'une plus grande facilité d'en discuter, d'impliquer davantage le partenaire quand une relation se stabilise. C'est dans le cas de méthodes plus marginales qu'ils seront davantage impliqués comme par exemple le double check, ou le calendrier : « mon mari lui aussi il sait compter ». Pour ces femmes, avec la pilule, « tu es seule dans ta boîte ». Le « mari » peut éventuellement servir à ce moment-là de « pense-bête » mais l'interaction n'est plus la même.

Une jeune femme qui en avait marre de prendre la pilule a un jour lancé à son partenaire : « tu pourrais prendre une pilule pour garçons ». La réaction a été plutôt réticente : le jeune homme craignait les effets secondaires, ne réalisant bien sûr pas que sa partenaire aussi subissait des effets secondaires.

Il arrive aussi que les hommes soient à l'écoute de l'insatisfaction de leur partenaire et proposent eux-mêmes de prendre en charge la contraception ou de changer, soucieux de sa santé et de lui éviter les effets indésirables.

Cas particulier : le préservatif dont l'usage demande négociation.

« Certains garçons ont une facilité à mettre le préservatif tandis que d'autres pas du tout », témoigne cette femme de 37 ans pour qui c'est non négociable, reconnaissant que si pour elle, les réticences n'ont jamais été insurmontables, pour d'autres le rapport de force n'est pas si simple : « comment tu fais parce que des fois moi je craque et je dis tant pis, on fait sans préservatif ». Une femme de la même génération a pu négocier dans le cadre d'une relation où l'homme « débandait » à la vue d'un préservatif : il s'est fait vasectomiser, et en attendant l'intervention, elle a pris la pilule. Elle estime qu'on est « encore à la préhistoire » au niveau du développement des moyens de contraception. Pour le préservatif entre autres, elle revendique plus de créativité pour résoudre les inconvénients : « il existe par exemple des pansements liquides, et je pense qu'on pourrait tout à fait faire des préservatifs liquides qui se forment en moulage. »

Elle considère ce manque comme relevant d'un enjeu politique et symbolique vis-à-vis de la sexualité : une hypocrisie selon elle, liée à « la nature fondamentalement hétéropatriarcale de notre société ».

S'il est toujours difficile d'en parler, si la crainte chez les jeunes de ce que va penser l'autre persiste, proposer le préservatif tend tout de même à être vu comme une marque de respect, surtout par les filles. À l'inverse, une fille qui a des préservatifs sur elle, cela reste malheureusement ambigu dans les représentations. Tout comme la prise d'une contraception en général, puisque c'est un signe d'une vie sexuelle active.

La plupart des femmes interviewées ont aussi facilement cette image des hommes qui ne s'intéressent que très peu à la question : « il y a très peu de mecs qui s'en soucient au moment de passer à l'acte » ; « même quand il y a des conséquences, je trouve qu'il y a très peu d'hommes qui s'embêtent avec les histoires de contraception » ; « ça ne les concerne pas ».

Une jeune femme remarque : « Ils sont inconscients mais (...) c'est toute la société qui ne leur dit pas : vous devez vous en inquiéter avant, pas après ! »

Une femme plus âgée pense qu'à présent le partage des tâches s'améliore par rapport à son époque, certains hommes seraient plus enclins à partager aussi la prise en charge de la contraception : « on en discute plus, on fait les choses ensemble ». Plusieurs femmes, y compris professionnelles de la santé constatent une plus grande implication des jeunes, plus enclins à utiliser un préservatif, « à ne pas tout attendre de la femme ». Une question de génération née avec le sida, comme une femme le fait remarquer : « sans le sida, ça n'aurait pas bougé. »

D'un autre côté, toutes les femmes ne souhaitent pas l'intervention de leur partenaire. Elles estiment que c'est leur affaire. « J'ai toujours voulu gérer ça moi-même (...) dans la relation ». Cette femme s'étonne en outre du fait qu'un seul partenaire « en 20 ans » lui ait demandé si elle utilisait un moyen de contraception. En général les femmes qui se sentent bien avec leur choix de contraception, souhaitent conserver leur autonomie et s'assignent par la même occasion à une répartition genrée des responsabilités. Par contre, les femmes, surtout plus jeunes, qui s'interrogent et ressentent particulièrement l'aspect contraignant de la contraception, vont davantage réclamer l'implication du partenaire : « gérer ça toute seule, le choix, (...) ce n'est pas si simple » ; « ce qui me gênait c'est que ce ne soit que mon affaire et pas celle de mon copain, quoi, c'est pour ça que je n'avais pas tellement envie de prendre la pilule ».

Cela n'empêche pas les femmes plus âgées de revendiquer la responsabilité partagée et de poser la question de la recherche sur une contraception masculine ou pourquoi les hommes font moins facilement une vasectomie.

« Pourquoi est-ce que c'est la femme qui doit tout avaler ? » ; « la femme, elle en a beaucoup sur le dos, hein ! », faisant allusion à la cumulation avec la grossesse et l'accouchement.

Les femmes qui estiment le partage de responsabilité important considèrent que la vasectomie, plus courante outre-Atlantique, peut être un choix d'homme ou de couple. Certains hommes hésitent moins que d'autres : « J'ai un ami qui l'a fait, enfin il a deux filles, elles sont grandes (...) Ce qu'il a fait c'est laisser du sperme dans un hôpital spécialisé, au cas où. » ; « Mon chef, il avait fait ça, parce qu'il avait déjà quatre enfants » ; « Après mes jumeaux, j'ai utilisé la pilule en premier puis mon mari a été opéré. C'est lui qui a été d'accord. », à quoi elle ajoute : « le médecin lui a demandé s'il était sûr, parce qu'il est turc. »

Un exemple d'a priori culturel d'un professionnel intervenant dans l'interprétation de la demande qui lui est faite.

Un peu plus loin dans le débat, elle ajoute que le choix de son mari a dépendu du fait qu'il avait peur de rester seul à la maison avec leurs trois enfants pendant que sa femme était à l'hôpital pour une ligature des trompes. Elle l'a pris comme une opportunité. Une femme réagit en disant que son mari, belge, « ne l'aurait pas fait » à quoi une autre répond « Je crois qu'un homme, c'est comme l'attaquer ! (...) on se dirige d'abord vers la femme avant de s'occuper de l'homme, ça a toujours été comme ça. »

Une autre femme a continué à prendre la pilule jusqu'à la ménopause, « à défaut d'avoir un mari qui se fait opérer ».

Quant à la pilule masculine, investir dans la recherche serait aussi, dans une certaine mesure, toucher au pouvoir masculin, associé à la virilité créatrice de vie : c'est à la femme à se « protéger ». « Cette réaction reste un ressort profond du psychisme masculin », analyse Yvonne Knibiehler⁴⁰, constatant la négligence récurrente des hommes à prendre des précautions alors même qu'ils ne souhaitent pas devenir pères.

Pour certaines femmes, il n'y a pas de revendication, cela semble leur convenir : « c'est une gestion personnelle comme lui gère d'autres choses et puis voilà. On n'en a pas fait un plat. »

Par ailleurs, la pilule masculine, c'est aussi prendre le risque de laisser la maîtrise à l'homme avec tout ce que cela comporte d'inconnu (oubli de sa pilule par exemple) : « je suis plus à l'aise vis-à-vis de la contraception des femmes parce que je sais comment ça fonctionne et que ça me sécurise moi » ; « je vois déjà mal un homme prendre sa pilule tous les jours ! »

La confiance, c'est un autre débat, très présent dans un groupe de femmes interviewées, particulièrement pessimistes, dans la crainte du manque de respect, tantôt déjà vécu, tantôt présupposé, question d'éducation pour certaines, d'amour pour

d'autres, ou encore d'instabilité présumée. Même la vasectomie peut déstabiliser les femmes dans leur « habitude » de gérer la contraception : « si tout d'un coup il arrivait quelque chose, je n'étais plus en contrôle (...) il m'a fallu du temps ».

Les avis sont partagés, et ce n'est pas toujours clair : s'il y a le souhait de conserver la gestion de la contraception, il peut y avoir aussi le souhait que le partenaire se sente également responsable, « c'est une discussion qui doit se faire à deux, peu importe quelle contraception on utilise, c'est juste un problème de couple ».

« Si on essaie de trouver la meilleure solution, c'est ensemble », conclut cette jeune femme qui a partagé en couple tout le parcours à la recherche de la contraception la mieux appropriée. Pour une autre, la discussion est une évidence, vu que : « J'ai quand même eu deux enfants avec lui ! »

Il arrive aussi que des couples se parlent plutôt bien !

« On parlait de tout, pas que de la contraception, mais pour toute la sexualité ça a été vachement chouette de pouvoir discuter de tout dans nos apprentissages ».

Ce jeune couple a commencé sa relation à 20 ans, dans un environnement privilégié où la sexualité n'était pas taboue. Le partage va jusque dans le coût financier et la responsabilité : « une fois je l'ai enlevé [l'anneau] et j'ai oublié de le remettre (...) tous deux on trouvait que c'était de notre faute ».

Cela semble pourtant rester exceptionnel.

Dans le cas de l'utilisation de la méthode du double check, une femme trouve évident que le partenaire doive être de bonne volonté. Cela nécessite un réel dialogue : « la question de la période fertile et de l'abstinence est toujours une question (...) là ça rejoint la communication dans le couple et une question philosophique aussi, qu'est-ce qu'on fait ? Mais au moins on en a conscience et on sait le risque qu'on prend », ce qui peut par ailleurs être vécu comme inconfortable. Mais pour les utilisatrices convaincues, c'est vraiment un plus pour la communication dans le couple.

Une autre situation est celle où le partenaire exerce un contrôle à travers la contraception, ou fait pression. On entre là dans un autre type de rapport de pouvoir et de domination.

« C'est bien de décider à deux, tu essaies de lui faire comprendre parce qu'il y a des hommes qui refusent que leur femme adopte la contraception », ce qui paraît

40. Yvonne KNIBIEHLER, *op. cit.*, p. 249

inacceptable pour des femmes belges : « on est peut-être bien dans un problème culturel parce que moi j'aurais bien voulu voir qu'un homme me dise 'je ne veux pas que tu prennes la pilule!' »

Et pourtant, sans que cela devienne un tel rapport de force, on peut prendre l'exemple de cette jeune femme de 25 ans, dont le compagnon, fréquentant un milieu très militant, très sensible aux questions écologiques, se montre choqué et inquiet du fait qu'elle prenne la pilule, propose d'autres alternatives, qui cependant ne la tentent pas elle. Là cela semble partir d'une bonne intention mais c'est toute la question de l'auto-détermination.

Une professionnelle de la santé soulève à ce propos la «soumission par rapport au désir de l'autre, pas par rapport à son propre désir» en parlant de la pilule comme enfermement, et non la liberté attendue. Cela se joue toujours pour certaines femmes dans un rapport de pouvoir au sein du couple. La domination, la manipulation peuvent s'exercer aussi par le biais de la contraception quelle que soit la culture.

La question de l'avortement a été soulevée aussi en termes de pression, de responsabilités et de fuite devant celles-ci : « Il doit y avoir un dialogue, on ne peut pas exiger d'elle qu'elle se fasse avorter! », ainsi parlait une mère de sa fille dont le partenaire ne souhaitait pas assumer et faisait pression. C'est une situation aussi courante que de jeunes hommes souhaitant accompagner leur partenaire dans leur choix, parfois sans y être autorisés. Si les femmes sont attentives dans le débat à laisser une place au partenaire, elles défendent tout de même le choix de la femme du fait qu'il s'agit de son corps, et de sa vie qui sont engagés : « c'est quelque chose qui appartient à la femme (...) Même si c'est à elle de dire à l'homme 'écoute tu utiliseras des préservatifs, c'est la méthode que j'ai choisie', c'est à elle de choisir. »

Un autre enjeu important est bien entendu la capacité à refuser un rapport non protégé : « la satisfaction masculine reste toujours prioritaire, surtout si la demande est présentée comme une preuve d'amour »⁴¹.

Comme nous le verrons plus loin, des femmes estiment les échanges nécessaires sur le corps et la sexualité entre femmes... mais aussi avec les hommes : « c'est notre corps, c'est notre sexualité, mais c'est aussi important de connaître l'avis des hommes sur leur propre corps, sur leur sexualité mais aussi sur notre corps, sur notre sexualité, parce que si toute mon expérience de parler sur la sexualité c'est avec d'autres femmes, comment je vais en parler avec mon partenaire homme, c'est quand même différent! »

De nouveaux espaces à créer ? On peut émettre cette perspective comme porteuse de plus d'égalité.

41. *Ibid.*



III. ACTEURS DE TRANSMISSION

« Que ce soit le parent ou peu importe, l'important, c'est d'avoir quelqu'un de confiance (...) des amis proches, quoi! »

« Il n'y a pas vraiment une bonne façon d'apprendre, internet il y a tout et n'importe quoi, la télé, ça peut être tout et n'importe quoi, ça peut être un médecin pro-cesti ou anti-cesta, je pense que c'est encore vraiment avec l'expérience qu'on acquiert, mais voilà, pour moi il faut une base, qui vient peut-être des parents et du milieu scolaire aussi, obligatoirement. »

« Je pense que de tous temps, les femmes ont eu des solutions... » (militante, 50 ans)
Une jeune femme est assez lucide : « souvent, le rapport adulte-adolescent n'est pas aussi fructueux qu'on pourrait l'imaginer », soulignant que l'adulte se retrouve souvent à côté de la plaque, qu'il soit parent, enseignant...

« Il n'y a pas beaucoup de connaissances sur ce sujet-là pour savoir vraiment ce qu'on peut utiliser. C'est difficile de trouver un bon gynécologue par exemple, et de vraiment bien choisir quelque chose... – c'est-à-dire qu'on ne nous donne pas vraiment beaucoup de choix. Il faut vraiment creuser, chercher soi-même. En plus chaque corps est unique. » (discussion dans un groupe en Insertion Socio-Professionnelle)

Une femme constate : « on n'apprend plus à écouter son corps, à comprendre comment ça fonctionne. On ne sent plus les choses, même l'intuition, on ne fait plus confiance à son intuition. »

Intuition contre raison ? Un certain nombre de femmes, professionnelles de la santé ou non, déplorent la pauvreté actuelle d'un discours orienté, qui ne propose ni alternatives ni connaissance de soi, sans pour autant prôner quelque chose en particulier.

« La transmission sur la contraception, c'est aussi connaître son corps, savoir comment les parties s'appellent, savoir comment identifier si j'aime ou je n'aime pas quelque chose, reconnaître les émotions. »

La transmission, qu'elle vienne des parents, des médias, des pouvoirs publics (par exemple la campagne Laura.be : « Être une mère ado, ce n'est pas un jeu »), est aussi celle de la peur d'être enceinte, souvent avant même la crainte des maladies... et avant le plaisir. Plusieurs professionnel.le.s de la santé et militantes l'évoquent : il y a la question de la connaissance de son corps, être à l'aise, et du plaisir.

« Tous ces aspects-là, c'est quand même un frein aussi à la contraception (...) parce que quand c'est clair pour toi, c'est, quand tu es plus jeune ou même moins jeune, pour le plaisir, tu te prends mieux en main au niveau de ta contraception, parce que ce n'est pas ça que tu veux, point barre, c'est clair, c'est ton choix quoi! »

Un groupe interviewé s'accorde à trouver que les représentations sociales sont encore trop « vagino-centristes », « collées à la reproduction », pour reprendre leurs termes :

« quand on représente les organes génitaux, on devrait commencer par dessiner le clitoris ».

Il est clair que quand on parle d'informer sur la contraception, on soulève toute la question de la transmission autour de la sexualité, et donc des représentations de celles et ceux qui transmettent.

« Le choix des femmes en matière de contraception est dicté, un par 'qu'est ce que mes pairs, mes amies, ma cousine, ma sœur fait en matière de contraception', deux : 'qu'est ce que les médias propagent' (...), trois : internet, quatre : le médecin et le personnel de santé. C'est à peu près dans cet ordre-là. » nous rapporte le gynécologue que nous avons interrogé.

Ce constat est confirmé par le témoignage des femmes interviewées, mais aussi, par les nombreux forums sur Internet où jeunes et moins jeunes demandent ou dispensent des conseils, échangent leurs expériences (Forum au féminin...), ou reçoivent des réponses de professionnels (Doctissimo, Martin Winckler...). Autant de sources de discours qui convergent ou divergent, mais entrent globalement dans une norme, ou à tout le moins s'y réfèrent, quelquefois s'y opposent en partie.

Nous reprenons ici quelques acteurs de transmission cités et commentés par les femmes rencontrées. Nous nous attardons surtout sur la famille et les professionnel.le.s de la santé. La problématique de la transmission pourrait faire l'objet d'une analyse plus approfondie des différentes sources d'information et d'éducation, et des discours véhiculés, que nous n'avons pas l'opportunité de mener ici. Par contre, cela reste un enjeu extrêmement important pour les femmes. Les débats autour de cette question ont été très vifs.

1. La famille

Sexualité-parents : deux mots qui ne vont pas ensemble ?⁴²

Pas forcément les mieux placés en effet, car c'est souvent un sujet tabou, qui met mal à l'aise, les parents transmettent des messages verbaux et non verbaux liés à leur histoire, leur expérience personnelle, et leurs convictions. Et cela semble être davantage une question de culture familiale que de génération. Les femmes les plus

42. Expression reprise d'une jeune interviewée

âgées (60 ans) ont connu l'évolution de la sexualité dans les années 60, même si pour certaines, les traditions étaient encore bien ancrées. C'est avec elles que s'est opéré le tournant vers moins de tabous, ainsi que la libéralisation de la contraception. Une illusion est souvent partagée par ces femmes de 50 à 60 ans : ce serait plus facile pour les plus jeunes. S'il y a en effet eu des avancées sociales, politiques, et moins de tabous ... l'éducation à la sexualité reste en questionnement, d'autres formes de pressions sont apparues, et la sexualité féminine reste taboue au-delà de, et même, dirions-nous, à travers ce phénomène qui effraie tant d'adultes : l'hypersexualisation⁴³. Les questions se formulent autrement, sur d'autres plans, mais le cœur en est toujours les représentations, les repères, et la communication.

Les femmes évoquent l'aspect très caché de leur première contraception et de l'apprentissage de la sexualité qui vont évidemment de pair, et ce, quelle que soit leur génération, contrairement aux a priori que l'on pourrait avoir et que les femmes plus âgées ont elles-mêmes : « ma mère ne m'a rien appris, je suis âgée, c'est tabou ».

« Mes parents, ma mère, n'ont jamais été mis au courant, ça ne les concernait pas », « c'est des trucs dont on ne parlait pas chez moi ».

Les raisons sont doubles : la crainte de représailles et la préservation d'une vie privée propre. Ceci dit, pour certaines, la confrontation a eu lieu avec plus ou moins de heurts. Ainsi une femme de quarante ans raconte qu'à 15 ans, « ils [le planning] m'ont donné une plaquette de pilules que je me suis empressée de mettre dans mon assiette (...) Elle était fâchée d'avoir été mise hors du coup mais elle a vu que j'étais responsable ».

Une autre cachait sa pilule mais sa mère s'est inquiétée de voir sa fille commencer une vie amoureuse et donc est entrée dans une forme de complicité en protégeant l'intimité de sa fille : « c'est ma mère qui est allée chercher ma pilule (...) On était dans un village. C'était plus facile qu'elle y aille pour moi. »

Les frères et sœurs interviennent aussi dans la transmission mais de manière très inégale, selon leur place dans la fratrie : « j'étais l'aînée d'une famille, ça a beaucoup aidé mes sœurs » ; « mes parents ne m'ont jamais rien appris, mes deux sœurs aînées non plus ».

Contrôler la sexualité des filles, une mission éducative confiée aux mères

Un aspect évident est l'acceptation de la part des mères de voir leur fille entrer dans une vie sexuelle active, dont la contraception est le symbole. Ainsi, une jeune femme se souvient-elle que sa mère a refusé la proposition du médecin de donner la pilule à sa fille pour réduire les douleurs importantes que lui causaient ses règles, non pas par souci pour sa santé, mais bien « parce qu'elle associait la pilule à 'ma fille va coucher

à gauche à droite' ». C'est un exemple extrême où il y avait peu de respect de l'intimité de l'adolescente, mais l'enjeu entre parents et enfants se situe à cet endroit-là, quelle que soit leur réaction. Une femme a pris la pilule tôt, « soi-disant pour raison médicale » : « ma mère ça lui faisait peur (...): 'ne te crois pas tout permis, ce n'est pas parce que tu prends la pilule que...' ».

Pour certaines femmes, selon leur éducation (là la génération joue davantage), « il fallait arriver vierge au mariage », ce qui n'empêchait néanmoins pas une transmission comme nous le verrons plus loin dans un cadre plus collectif comme l'école. Le déni pouvait venir des deux côtés : « elle ne parlait pas de contraception et moi non plus, parce que comme ça, on niait qu'il pouvait y avoir une relation ».

Et c'est ainsi que la femme qui témoigne est tombée enceinte sans le souhaiter dès la première fois, le déni étant aussi dans le chef du partenaire, pourtant dans une relation à long terme : « il acceptait probablement la situation imposée par ma mère, par moi et par la société, qui était qu'une fille reste vierge jusqu'au mariage ».

Une autre femme de la même génération témoigne de cette pression à la virginité dans un milieu familial aisé et conservateur : « ma mère arrivait toujours à laisser un journal avec un article sur comment c'était important d'être vierge au mariage, elle laissait ce journal au hasard, ouvert à cette page là devant les toilettes ».

Le poids de la religion est évoqué par des militantes nées de milieux catholiques. Ce poids se fait également sentir chez certaines femmes migrantes mais de manière différente, davantage intégré à leurs propres valeurs, d'où des choix différents en matière de contraception.

Nous avons parlé de la transmission de peur. Le témoignage de cette femme qui a eu ses premières règles à l'internat sans avoir été avertie illustre cette crainte qui n'est pas toujours nommée : lorsqu'elle a annoncé la venue de ses règles à sa mère lors de son retour à la maison, celle-ci lui a dit : « attention, désormais il ne faudra pas coucher avec un garçon ! ». La jeune fille ne savait même pas de quoi il s'agissait. Dans son cas, elle a développé une méfiance vis-à-vis des hommes, renforcée par le discours des sœurs à l'internat. Elle estime à présent que « dès qu'une petite fille commence à se questionner, il faut répondre à ses questions et essayer d'enlever toutes les inquiétudes, les angoisses ». C'est n'est pas toujours aussi traumatisant et cet exemple est lié à une certaine génération, un certain milieu... Mais le tabou mêlé d'une transmission

43. Voir à ce propos l'article suivant : Richard POULIN et Amélie LAPRADE, « Hypersexualisation, érotisation et pornographie chez les jeunes », <http://sisyphe.org/spip.php?article2268>, 7 mars 2006

de peur même non verbalisée n'est pas sans conséquence pour les jeunes, si une personne de confiance, ouverte et rassurante ne se présente pas sur leur chemin, ce que beaucoup de femmes estiment important.

Le début de la vie privée

« Ma mère m'a glissé un mot une fois sur le préservatif à table, parce qu'elle avait su que j'avais un copain, c'était très judicieux mais je l'ai envoyée balader. (...) on a un peu discuté avec mes amies. »

Les ados n'ont pas forcément envie de parler de leur sexualité à leurs parents, quelle que soit l'ouverture de ces derniers : « ils ont des réticences à en parler à leurs parents parce que c'est leur vie propre » ; « il ne me serait jamais venu à l'idée de parler de ça avec ma mère ou mon père ! » ; « même si je savais qu'ils savaient, (...) j'ai quand même pris l'excuse de l'acné et des règles irrégulières (...) mais je ne pense pas que c'était pour ne pas les choquer (...) je n'avais pas spécialement envie de partager ça avec eux ».

Préserver son intimité, son indépendance, se prouver qu'on peut prendre certaines choses de sa vie en charge sans l'aide des parents, ne pas vouloir suivre le même chemin que ses parents : autant de raisons de ne pas aller vers eux pour les questions de sexualité. voire se détacher de leur modèle : « tu n'avais vraiment pas envie de continuer la façon de faire de tes parents », remarque une femme qui a vécu l'arrivée de la pilule dans les années 70 comme une révolution par rapport à la méthode Ogino utilisée par sa mère. Cette attitude est un peu moins prégnante depuis la contraception hormonale sauf justement dans le cas d'opposition naturel-hormonal, qui peut aller dans les deux sens des générations comme nous l'avons vu au cours de quelques interviews.

C'est plus âgées que des discussions peuvent parfois s'engager entre mères (ou autres adultes de référence) et filles sur le sujet, plus souvent de manière théorique.

Souci de transmission et stratégies...

... du côté des mères

Les interviewées témoignent toujours, malgré les difficultés rencontrées, d'un souci de transmettre quelque chose en tant que mères ou futures mères. Entre autres lorsqu'elles n'ont pas reçu une transmission satisfaisante. Par exemple, une femme de 43 ans dont le père, médecin, était « d'une ancienne génération » et la mère ne lui a rien transmis, a mis en place autre chose avec son mari : « Parce que mon conjoint est une autre personne et que chaque couple est différent (...) je pense que notre principe est une éducation sans tabou. »

Une femme au sein d'un groupe résume la problématique : « Franchement, moi, je dis que les parents ne nous ont rien dit, mais quand on se met à la place des parents, on est un peu bloqué aussi : comment est-ce que je vais leur expliquer ? »

Comment transmettre ? Ce n'est pas évident, d'autant plus quand on n'a pas reçu soi-même des mots à mettre sur les choses, ou autres outils. Une femme de 42 ans se rappelle de sa mère qui a souhaité lui parler dès 12 ans : « À cette époque là je n'y pensais pas, mais ça ne m'intéressait pas (...) bon, je l'écoutais, elle était rassurée. » Par contre, quand elle a eu réellement besoin de la contraception et a voulu en parler, sa mère « a été paniquée évidemment, après je me suis débrouillée sans elle ».

Sa mère avait peur en effet parce que « ses parents ne lui avaient rien dit, il n'y avait pas eu de cours d'éducation sexuelle ni quoi que ce soit à l'école, et donc, n'étant au courant de rien du tout, lors de son premier rapport, elle était enceinte, elle a été obligée de se marier (...) elle ne voulait pas que ça m'arrive, parce que, oui, oui, oui, c'était quand même une punition, à l'époque elle a dû faire une punition le jour de son mariage d'ailleurs, ne pouvant pas se marier en blanc ».

Parmi les interviews, c'est la 3^e femme de la génération autour de la soixantaine qui est tombée enceinte dès la première fois faute d'information et de communication, venant de milieux plutôt aisés.

Parfois, ce sont les filles elles-mêmes qui prennent les devants : « par rapport à mes filles, je me suis aperçue qu'elles en parlaient tellement facilement de tout, que moi j'ai appris plein de choses ! »

D'autres femmes évoquent cette même transition entre leur propre mère qui ne leur a pas dit grand-chose et leurs filles avec qui elles parlent « de tout », qui savent « tout ». Il y a parfois là une complémentarité entre l'école et les parents : « on en parle parce qu'elle en parle à l'école et puis elle en parle aussi avec moi. » Mais comme le constate une mère, « c'est difficile de ne pas moraliser » quand elle tente à la fois d'informer et de parler du volet plus affectif. Néanmoins, elle est satisfaite d'avoir ouvert la porte à ses deux filles : « le fait de pouvoir en parler ouvertement avec elles, elles ont été très contentes et moi aussi » tout en restant prudente sur la place de chacune : « elles viennent toujours encore avec leurs histoires de temps en temps (...) en même temps j'essaie de leur dire ça, demande à ton médecin, parce que je ne suis pas ta copine, je suis quand même ta maman ».

Bon nombre de parents de milieux socioculturels plutôt favorisés ont adopté une attitude assez répandue actuellement sans devoir parler avec leurs enfants, sans se sentir intrusifs, tout en laissant la porte ouverte : laisser traîner des préservatifs, et réapprouver la réserve quand ils disparaissent. Un laissez-passer tacite. Les livres éducatifs

sont aussi évoqués comme medium pour aborder la question, bien qu'il y ait parfois des interprétations cocasses : pour l'anecdote, une femme témoigne que ses filles ont pris le dessin d'une couette de lit pour un rideau de cabine d'essayage ! Ce qui lui fait dire que les deux dimensions, que ce soit d'un dessin ou de la toile du net sont insuffisantes, qu'il faut donner du corps à l'information, ce que peuvent faire les parents.

D'autres parents n'abordent pas directement la question mais tentent de transmettre dans leurs comportements que la sexualité est « une partie naturelle de la vie », espérant que cela facilite les choses. Cela correspond évidemment à une certaine philosophie de vie. Deux mamans de générations différentes (60 et 35) témoignent ainsi avoir laissé leur enfant assister à l'accouchement du suivant. Au niveau de la contraception, c'est sans doute ce qui a permis à la fille de la première d'en parler sans ambages à sa mère : « ma fille m'a plus ou moins annoncé qu'elle devenait sexuellement active, elle m'a demandé une contraception. »

De même une trentenaire a consulté sa mère à 15 ans pour avoir un moyen de contraception : « on a pris rendez-vous, elle m'a accompagnée chez une gynéco, genre dans les trois semaines qui ont suivi. »

Sa mère l'avait éduquée dans les notions de droit (notamment par rapport au choix et à l'IVG) et de liberté : « pour elle c'était [la pilule] un moyen qu'elle connaissait, qu'elle avait utilisé toute sa vie, donc elle ne voyait pas pourquoi proposer autre chose, mais en transmettant ce moyen-là avec autant de naturel, de spontanéité, c'était tout le message qui était derrière, de libération des femmes si on veut, de pouvoir jouir de son corps sans entrave et sans angoisse ».

La transmission est donc bien passée entre les deux générations. Cette liberté s'est transmise dans tout le rapport au corps et à la sexualité, en appelant un chat un chat, tout en respectant l'intimité par rapport à l'acte « tant que la personne n'est pas initiée », ce qui a occasionné l'étonnement de la jeune femme : « j'étais particulièrement perturbée par rapport au silence que les autres mettent dessus, le tabou que c'est de parler de sexualité, ses envies, etc. »

Quelques mères se sentent toutefois gênées d'aborder ces questions : « je n'aime pas aborder l'intime sur la place publique. » Si c'est encore un tabou pour quelques jeunes femmes issues de familles souvent de tradition islamique qui ne voient pas comment elles vont pouvoir aborder cela avec leurs enfants, cette femme ne trouve pas que ce soit nécessairement culturel car dans sa famille, les trajectoires sont très différentes. Pour sa part, sa pudeur n'est pas respectée et elle voit dans le fait de dévoiler quelque chose qui lui appartient une forme de dépossession. À l'instar de sa propre éducation, elle souhaite instaurer un cadre, tout en considérant qu'il importe que ses enfants bénéficient du libre examen. Les repères pour elle, quels qu'ils soient, sont impératifs

pour pouvoir ensuite faire ses propres choix, ce sur quoi une autre femme du groupe conclut : « c'est compliqué, l'éducation sexuelle ». Elle n'a jamais abordé le sujet avec son fils jusqu'à ce qu'elle demande à son mari de le faire. Le jeune homme, alors étudiant en faculté de médecine, les rabroue : « on n'a jamais parlé de ça, pourquoi tu veux commencer maintenant ? Et puis je connais plus de choses que toi ». Elle estimait important qu'il ait un échange avec quelqu'un d'expérience en qui il ait confiance.

Vis-à-vis des garçons, quelques mères qui l'ont évoqué estiment que c'est plus difficile, que c'est au père de s'en charger. Une inquiétude apparaît : « ils ne seront pas la dernière personne à décider ». D'autres sont optimistes quant à l'implication spontanée de leurs fils qui semblent plus conscientisés que leur propre génération.

Certaines évoquent le rôle important de tiers comme des professionnel.le.s de planning qui viennent dans les écoles. Ou les gynécologues : quelques mères ont préféré prendre les devants et amener leur fille tôt chez un.e gynécologue pour qu'elles aient une personne de référence sur la question au cas où... « pour être sûre de bien anticiper le premier rapport sexuel, les mères envoyaient chez le gynéco très vite et te mettaient sur pilule pour être sûres. »

Cette jeune femme parle à l'imparfait, mais ce comportement est encore adopté par certaines mamans. Elles répondent bien souvent à la sensibilisation publique qui est faite comme cette femme qui dit avoir elle-même arrêté la pilule à 35 ans : « C'est clair qu'avec mes filles, je leur ai toutes les deux dit, la pilule ET le préservatif », double protection prônée par l'État. D'autres signifient une forme d'impuissance face à la multiplication d'informations et de messages véhiculés par les pair.e.s et les médias « ils en savent plus que nous », « quand on veut leur expliquer, ils disent 'je sais!' ». Certaines mères sont ainsi rabrouées, et, si l'une ou l'autre jette l'éponge en espérant que d'autres auront bien pris le relais de la transmission, cela ne les rassure pas toutes : « je sais qu'on ne sait jamais! ».

La pudeur dans la transmission n'est pas un apanage culturel tant les parcours sont divers. Mais les choix d'éducation se feront toujours en réaction à l'éducation reçue et aux valeurs transmises, soit pour y puiser ce qui paraît intéressant et se le réapproprier, soit pour s'y opposer, en jonglant avec les autres discours ambiants et les autres canaux d'information.

... les attentes des plus jeunes

Les plus jeunes des femmes interviewées se sont exprimées et projetées en ces termes par rapport à la transmission :

« Les parents doivent être plus proactifs sur la sexualité, pas spécialement la contraception, plus sur la sexualité en général ».

« Les parents transmettent des valeurs, une éducation, etc. mais pas l'intimité. Il y a très peu de choses au niveau du corps qui sont transmises, ça c'est important pour moi, (...) être adéquat, respectueux, à l'écoute, pas arriver avec un discours, pouvoir glisser des choses que j'ai envie de transmettre (...) dans la délicatesse, dans la subtilité du moment (...) C'est ça que j'aurais envie pour mes enfants, mais évidemment c'est moins compliqué à dire qu'à faire. »

« Le sexe (...) c'est très intime, c'est important de faire passer ce message-là aussi, mais sans lourdeur. C'est quelque chose de positif qui peut être très gai, plus au niveau du sentiment envers le sexe. »

« J'aimerais parler beaucoup de sexualité pour qu'ils en aient une vision telle que j'aurais envie de leur transmettre, qu'il y ait envie d'en parler, qu'il y ait un discours là-dessus, que ce soit visible, que ce soit du plaisir (...) mais surtout pas forcer des adolescents qui sont dans la découverte de cette intimité-là à parler d'eux. »

« C'est vraiment quelque chose qu'on installe très très tôt dans l'enfance dans ce qu'on dit aux enfants sur le rapport au corps, le rapport à l'autre, le rapport au sexuel, à la sexualité, ce qu'on dit aussi de soi en tant que couple de parents ».

Des professionnelles du secteur du planning familial et de la santé en général ont aussi vu ce rôle important des parents dans le rapport au corps dès l'enfance, pour sortir de tabous concernant particulièrement les filles : elles méconnaissent davantage leurs organes génitaux. L'une d'elles évoque notamment l'interdit de se toucher, plus présent pour les filles que pour les garçons. Par ailleurs, une professionnelle constate que les parents ont davantage tendance à penser contraception vis-à-vis de leurs filles et préservatifs vis-à-vis de leurs fils. Par ailleurs, il y a, évoquée par une travailleuse de planning, à « rendre aux parents le travail qui leur appartient. »

2. Les pair.e.s

Entre copains-copines, l'information circule de manière très partielle, parfois erronée, mais c'est le lieu de transmission le plus courant, par le partage d'expérience ou par oui-dire.

« C'est flou quoi au début de la sexualité on ne sait pas bien, on lit des trucs, il y a la copine qui dit ça fait mal, tu crois les rumeurs, les ragots » ; « on parlait avec les copines à l'école » ; « j'ai beaucoup parlé avec des amies (...) et j'ai appris beaucoup de choses comme ça. »

« J'ai une amie qui avait fait mettre des clips et qui trouvait ça très confort. »

Pour cette femme, mère de trois enfants, c'est encore une amie qui lui a conseillé le stérilet hormonal pour remédier à ses règles abondantes et ses crampes abdomina-

les. « J'en parle autour de moi pour voir l'expérience que l'une et l'autre ont ». Cette femme arrive donc avec une demande précise chez le médecin.

Une femme s'interroge sur l'innocuité des méthodes hormonales parce qu'elle n'a jamais utilisé que le préservatif et ses copines lui conseillent de continuer comme ça, de ne pas prendre d'hormones. Les femmes du groupe interviewé abondent en ce sens. L'aspect positif de la pilule est alors évoqué plus d'un point de vue pratique comme par exemple la régularité du cycle et des règles moins abondantes. La discussion entre femmes permet vraiment d'échanger, de s'informer mutuellement, de constater aussi que chacune a une expérience différente. La conclusion arrive d'elle-même : « chercher chacune ce qui leur correspond le mieux ». Les échanges permettent une ouverture de débats sur l'intérêt ou non de suivre certaines incitations comme la vaccination contre certains HPV, mais aussi le partage de bonnes pratiques préventives et d'adresses pour se sentir en confiance : « je ne veux pas aller à l'hôpital parce que là tu vas tomber sur n'importe qui, il ne te connaît pas, mais si c'est ton gynéco à toi... ».

« Il y a des femmes qui veulent autre chose mais elles n'ont pas forcément accès à autre chose, donc la meilleure chose à faire, c'est de réunir autour d'une table les femmes qui ont besoin d'autre chose et celles qui s'y connaissent un peu et peuvent expliquer. »

Cette femme trentenaire a pris l'initiative de créer des réunions autour de la contraception non hormonale, en commençant par suivre une formation, en s'informant auprès de sages-femmes afin de rendre ces méthodes davantage accessibles, et permettre aux femmes d'échanger sur leurs questions et leurs savoirs propres. La pilule, selon elle, a pour effet d'isoler les femmes : « c'est quelque chose entre soi et son médecin, ça ne regarde même presque plus son partenaire, plus personne ne vient interagir là-dedans, alors que c'est quand même un moyen de parler de choses importantes dans sa vie de femme avec d'autres femmes et importantes dans sa vie de couple avec son partenaire ».

Ce qu'elle retire de son initiative qui n'en est qu'au début : « on a besoin de parler entre nous, de confronter nos expériences, de se renforcer les unes les autres aussi en se disant : on résiste aux discours dominants. »

Elle souhaite aller plus loin « par la pratique, par la formation de femmes-relais, par la stimulation de femmes qui peuvent devenir des prescriptrices ». En effet elle estime que pour les méthodes barrière, par exemple, les femmes devraient s'approprier la prescription, l'accès étant extrêmement limité actuellement. Elle voit dans ces rencontres le seul lieu pour les femmes où « réfléchir sur leur parcours de contraception, qu'est-ce qu'elles voient comme obstacle, comme avantage, comme inconvénient », parler « de tous les

facteurs qui interviennent dans une contraception aussi. » Et ces facteurs : l'impact sur la vie quotidienne, les rapports avec le partenaire, l'influence des discours...⁴⁴

Une femme dans un groupe interviewé réagit par rapport à la proposition que l'information passe par des professionnel.le.s : « on peut aussi en parler entre nous, hein ! En tout cas, moi, j'ai des copines, on parle de tout ».

La promotion de la santé relève de cette logique : la transmission par les pair.e.s. Si l'enjeu a été bien compris par différentes personnes engagées sur le terrain, il n'est facile ni pour ces dernier.e.s, ni pour les femmes, de se dégager à un moment donné du contrôle de l'expert.e, médecin ou autre, et de lui donner le rôle de partenaire du processus d'autonomisation.

3. L'institution scolaire

L'éducation sexuelle n'est pas inscrite au programme scolaire. Néanmoins, la mission d'information est prise en charge de manière inégale et non systématique par différent.e.s intervenant.e.s à l'intérieur de l'école : PMS ou professeur.e.s. Au cours de morale, de sciences (biologie) ou de religion, d'anglais aussi : « on avait essayé de traduire un texte, c'était aux États-Unis ou je ne sais pas où, parce qu'il y avait énormément de filles adolescentes enceintes... »

Des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne nous ont dit avoir été informées via l'école : « Moi, j'ai appris le calendrier à l'école, à l'internat. Une sœur qui s'occupait du cours de biologie, elle nous a dit », ce qui faisait rire les jeunes filles, trouvant contradictoire qu'une religieuse parle de sexe ! Elle ajoute que les sœurs leur cousaient des serviettes hygiéniques et leur expliquaient les menstruations.

À l'initiative d'une direction, d'un.e professeur.e ou d'un PMS, des expert.e.s extérieur.e.s peuvent être interpellé.e.s pour mener une ou plusieurs animations d'Éducation à la Vie Affective et Sexuelle⁴⁵. Les centres de planning familial donnent une information en partant de là où sont les élèves, leur vécu affectif. Les animations sont généralement conçues comme un espace de libre circulation de la parole, bien que ce ne soit pas évident devant les pair.e.s. Elles permettent au minimum de faire connaître un lieu où adresser ses questions.

Une jeune femme considère l'école comme « le lieu qui peut 'forcer' la discussion dans les familles qui arrivent moins facilement à parler (...) l'école peut être un bon déclencheur. » Pour elle, cela doit être inscrit très tôt au programme pour « semer des petites graines de questionnement et de conscience chez eux [les enfants] ». Cependant la porte des écoles n'est pas toujours ouverte à l'échange autour de la vie affective et sexuelle, les réticences venant du personnel ou des parents dont il faudra l'accord pour qu'un centre de planning familial rencontre les élèves.

Une formatrice en Planning Familial Naturel estime que l'école ne fait pas encore assez le lien entre le biologique et le vécu, que l'EVAS devrait être généralisée, partant de la demande des jeunes et alliant information et mises en situation pour apprendre à faire des choix en conscience, ce qui rejoint la vision des centres de planning familial, même si celle-ci n'est pas partout et toujours appliquée.

La faiblesse des animations scolaires reste de toucher très peu de jeunes, vu que ce n'est pas généralisé ni inscrit au programme : la volonté et les moyens ne suivent pas. En outre il s'agit d'un cadre institutionnel où les jeunes sont réunis de manière arbitraire et ne sont pas toujours confronté.e.s aux mêmes questions au même moment. C'est pourquoi les centres de planning diversifient leurs terrains d'approche dans la mesure du possible. Signalons aussi que d'autres structures comme les maisons de jeunes abordent ces questions dans d'autres lieux de vie de leur public cible. Le milieu festif en est un exemple.

4. Les professionnel.le.s de la santé

« La meilleure contraception est celle que la femme choisit ».

Beaucoup de médecins et autres professionnel.le.s en prise avec la contraception tiennent ce discours, dans le sillage d'une certaine militance, mais aussi selon un constat évident concernant le degré d'efficacité des méthodes. Si cela se vérifie toujours, l'application de ce discours fait malheureusement parfois défaut en cabinet de consultation. « Choix des méthodes, choix des changements, les femmes restent libres dans le cadre où l'efficacité technique et médicale n'est pas remise en question. L'enjeu de la relation consiste à ne pas les en sortir ou à les y faire rentrer. » Hélène Bretin⁴⁶ constate dans son étude que les médecins risquent d'instaurer un rapport de pouvoir dès lors qu'elles et ils sont confronté.e.s à des femmes souhaitant d'autres méthodes que celles inscrites dans leur système de valeurs. En effet la contraception moderne, considérée comme progrès et libération, est la plupart du temps perçue comme le seul moyen efficace d'éviter une grossesse non désirée. De là, il n'y a qu'un pas pour préjuger qu'une femme n'utilisant pas un contraceptif

44. Cfr annexe 1

45. Appellation officielle en Belgique francophone de ce programme de promotion de la santé sexuelle et reproductive. Nous utiliserons l'abréviation EVAS dans la suite du document

46. Hélène BRETIN, *op. cit.*, p. 196

hormonal serait davantage exposée à l'IVG, le « dernier recours »⁴⁷. Les arguments soutenant l'accessibilité à la contraception aujourd'hui relèvent en effet d'une « maternité choisie grâce à la contraception hormonale devant permettre d'éradiquer ce 'fléau moral' que représente l'avortement. »⁴⁸ C'est ce qui mobilise tant les professionnel.le.s que les pouvoirs publics dans l'analyse des raisons d'une gestion défailante de la contraception. Nous ne nions pas l'impact d'une IVG sur la santé globale, et que tente de prévenir la sensibilisation à la contraception. Nous relevons cependant à nouveau une emprise morale sur le corps et le choix des femmes relayée par le milieu médico-sanitaire : « la grossesse non prévue aboutissant à l'avortement est la non-maîtrise, l'échec du pouvoir médical sur le corps des femmes. »⁴⁹

Les critères généraux qui entrent en ligne de compte pour évaluer une méthode contraceptive sont en principe : l'efficacité, l'innocuité, l'acceptabilité et la réversibilité. Dès que l'on aborde le passage en revue des moyens de contraception, se pose la question du choix des informations, et donc de la transmission et du discours que l'on veut véhiculer selon à qui on s'adresse. Les brochures d'information sont intéressantes à parcourir en ce sens, selon l'époque à laquelle elles ont été conçues, et par qui (planning familial, firmes pharmaceutiques...), ainsi que certains sites web. Aucune source d'information à notre connaissance n'est pleinement objective. Néanmoins, il est possible d'y puiser des informations intéressantes⁵⁰. À ce propos, en comparant les sites d'information issus du secteur de la santé, un discours assez différent sur les moyens de la contraception est diffusé par exemple par une association militant pour les droits des femmes et le planning familial au Québec. C'est lié à l'expression d'une mise en cause du système qui n'apparaît pas dans d'autres sources d'informations.

4.1. Le rapport aux professionnel.le.s qui conseillent et prescrivent

Nous avons parlé de norme contraceptive en introduction. Celle-ci relève surtout d'une logique médicale. Pour Cyril Desjeux, il y aurait « un déplacement des rapports de pouvoir du côté médical. »⁵¹ Ainsi, le choix serait particulièrement conditionné, ce qui fait que certaines femmes n'ont pas le sentiment d'avoir le choix, et que la contraception est vécue comme contrainte, justement la contrainte du mode d'utilisation et du suivi médical, voire négative. « Si la contraception n'est pas vécue comme une innovation, c'est parce que certaines femmes ne se représentent pas la contraception comme une décision de leur part, mais comme une décision du médecin. »⁵²

Les premier.e.s consultés en général, les médecins vont plus facilement orienter vers une contraception médicale selon les standards de la société. Souvent accusé.e.s de se laisser influencer par les lobbies pharmaceutiques, et d'être peu formé.e.s, force est de constater qu'il est rare en tout cas que les médecins prennent le temps

d'expliquer le fonctionnement physiologique du corps et des différentes méthodes de contraception. Beaucoup partent de leurs a priori, et de ce qu'ils et elles connaissent pour prescrire la plupart du temps la pilule.

Deux exemples courants de pratiques qui posent question sont rapportés par plusieurs femmes : la réticence à une pose de stérilet chez une jeune femme nullipare, ou la prescription d'une pilule pour une ado sans plus d'explications ni de bilan de santé. C'est en effet tellement entré dans les mœurs que la question de l'innocuité ne se pose plus vraiment, ni celle d'ailleurs des connaissances : il suffit de lire la notice !

Mais c'est aussi à la demande des femmes : celles-ci arrivent souvent en consultation en demandant la pilule, et quelquefois en s'étant informées par d'autres biais.

« C'était mon médecin traitant à la base qui m'a fait un examen assez sommaire, ... mais j'allais clairement pour demander la pilule, j'étais assez bien renseignée. »

Les médecins se retrouvent alors souvent réduit.e.s dans leur rôle à la prescription : « C'est moi qui suis venue plus en disant c'est ça que je veux, point ! Comme si j'allais acheter un paquet de chips au supermarché. »

Un gynécologue estime lui-même que « le rôle du médecin se limite à la prescription, à juste titre, de ce que la femme désire utiliser. Parce qu'il est établi que c'est la méthode qui donne satisfaction à la femme qui donnera lieu au meilleur résultat en matière d'efficacité ».

Néanmoins, cette demande de pilule est une mise en conformité avec la norme sociale. Souvent, une demande plus marginale éveille des réticences, voire un jugement moral.

47. Gisèle HALIMI, partie du slogan de l'association « Choisir la cause des femmes » qu'elle a fondée en 1971 ; l'argument avait une importance pour faire admettre la liberté de choix des femmes et dépénaliser l'avortement à l'époque, il a toujours autant de poids au niveau éthique, et par conséquent aussi un effet culpabilisant

48. Stéphanie PACHE, *op. cit.*, p. 1

49. Marie-Laure BRIVAL, « Droits des femmes, enjeu du pouvoir médical », in : Valérie HAUDIQUET, Maya SURDUTS, Nora TENENBAUM, *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*, Ed. Syllepse, Paris, 2008, p. 83

50. Nous conseillons la lecture de la brochure éditée par le SIPS, disponible gratuitement : www.sips.be ou le dossier contraception et gynécologie sur le site de Martin Winckler : <http://martinwinckler.com>. Pour des informations plus ouvertes et plus complètes, même si cela ne recouvre pas la réalité des moyens disponibles chez nous, nous conseillons le site de la Fédération du Québec pour la planification des naissances : www.fqpn.qc.ca.

51. Cyril DESJEUX, *op. cit.*, p. 2

52. Cyril DESJEUX, *op. cit.*, p. 10

On pourrait invoquer un souci d'accessibilité si la prescription est trop conditionnée : la femme ou la jeune fille peut se sentir découragée dans sa démarche, non reconnue dans sa capacité à faire un choix et dans son droit. Par contre, tant qu'à se soucier d'accessibilité, on peut s'étonner que des médecins entrent dans la logique du marché, du discours d'un.e délégué.e médical.e, des habitudes, plutôt que de mettre en balance ce qui est le mieux adapté à la patiente et le coût des différents produits. Il est clair que l'information des médecins est principalement le fruit de l'une ou l'autre lecture scientifique, où les recherches évoquées ont souvent été subventionnées par les firmes pharmaceutiques, et des rencontres avec les délégué.e.s de ces dernières. Se tenir informé par d'autres sources, et de manière objective demande un investissement conséquent. « D'un médecin à l'autre on voit la différence », constate une professionnelle de l'éducation permanente à propos des centres de planning familial : bien entendu, les valeurs du personnel de santé entrent en jeu, comme par exemple la tension entre accès et contrôle, gratuité et démarche responsable.

Le rapport aux médecins est différent d'une femme à l'autre : pour certaines, ce n'est pas un lieu où l'on cause « je n'y vais pas pour discuter avec elle », mais plutôt un passage presque obligé qui coûte en effort et en argent « ça a toujours été une formalité où ça se passe très très vite, on paie très cher, on ne reste pas longtemps ». Il y a alors une forme de mise en échec de ces consultations : « J'ai des problèmes, j'oublie d'en parler chez le gynécologue ». L'oubli survient aussi au niveau des explications fournies par les médecins : elles ne s'impriment pas.

D'autres développent une relation de dialogue et de confiance : « c'est un moment où j'aime bien qu'on discute avant et après, qu'il prenne le temps (...) c'est un moment que je ne redoute pas du tout, que j'attends avec impatience, pour pouvoir poser toutes les questions qui me trottent dans la tête ».

Prendre le temps, c'est effectivement une donnée importante.

« J'hésite à changer de commune parce que je ne veux pas changer de médecin, parce qu'il me connaît bien, j'ai très confiance en lui, il sait ce que je veux. »

Diverses attitudes contribuent à mettre les femmes en confiance : l'écoute, prendre le temps d'expliquer et de vérifier que c'est bien compris, la disponibilité, notamment lors des accouchements, la complicité, l'humour... Après vient la question très individuelle de préférer un homme, moins proche du vécu des femmes dans leur corps et donc vécu comme plus « attentif » ou plus objectif, ou une femme, justement plus proche, auprès de qui on est plus à l'aise pour dévoiler son intimité.

On peut aussi se poser la question du passage « obligé » par la visite gynécologique, même si l'on sait qu'en termes de santé publique, le dépistage régulier n'est pas à négliger, et que c'est un moment identifié, notamment dans les centres de plan-

ning familial, comme privilégié pour la prévention. Le dépistage annuel qui a pour objectif de détecter des cellules anormales (précancéreuses) permet d'aborder d'autres questions... ou pas si justement la femme voit ça comme une formalité. N'est-ce pas en même temps une forme de contrôle ? En effet il semblerait selon certain.e.s médecins que ce ne soit vraiment utile de le faire que tous les deux ans ; l'OMS préconise le frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans. Il arrive pourtant que des médecins convient leurs patientes à consulter tous les six mois ! De jeunes femmes évoquaient lors d'un débat récent⁵³ sur la question la culpabilisation face à leur choix d'arrêter la contraception médicale, voire l'expression de leur insatisfaction par rapport à la contraception. Aussi beaucoup de professionnel.le.s de la santé reproductive et sexuelle estiment que la prescription d'une contraception est l'appât idéal pour effectuer un dépistage, et vice-versa, une visite de dépistage d'IST permet d'aborder la contraception. Toute la question est de voir comment cela est abordé, dans l'écoute, l'information objective et l'accompagnement de choix individuels ou dans le contrôle normatif ? Une jeune femme rétorque qu'il y a des freins à la consultation préventive sur lesquels se pencher : « des freins financiers, (...) qu'est-ce que les médecins renvoient à la société en général et aux femmes en particulier ? Dans une culture où le médecin, ce n'est pas celui qui guérit une maladie mais aussi celui qui accompagne la santé, ce serait tout différent (...) Qui colle ses représentations à qui ? »

Entre prévention et guérison, il y a une autre approche à formuler, à appliquer et à rendre visible.

La communication joue un rôle extrêmement important dans la prescription d'une méthode contraceptive, ce ne sera jamais assez dit.

Le bât blesse particulièrement lorsque le partage d'une même langue fait défaut. Ainsi la pilule sera-t-elle prescrite à des femmes ne parlant pas le français à la sortie de l'hôpital après leur accouchement⁵⁴. Des femmes turcophones ont témoigné avoir eu accès à la pilule via l'hôpital. Si elles souhaitent une méthode contraceptive pour limiter le nombre d'enfants et que la pilule leur en laisse la maîtrise, lorsqu'on leur parle de différentes possibilités, du fonctionnement de leur corps et des méthodes, elles tendent volontiers l'oreille, quand elles ne posent pas directement la

53. « Oser le féminisme aujourd'hui », débat mené lors du festival alternatif « Suffragettes not dead » avec des femmes âgées majoritairement de 25 à 35 ans, 6 novembre 2010 (<http://suffragettesnotdead.blogspot.com>)

54. Héliène BRETIN, *op. cit.*, p. 162

question de l'impact sur la santé. Elles souhaitent être conseillées, informées, et non normalisées. Lors d'une interview collective, une femme d'origine algérienne s'est exclamée que si l'hôpital donnait la pilule, la motivation était de limiter les naissances chez ces femmes qui font beaucoup d'enfants! Une femme rapporte un témoignage d'une usagère de son service qui a subi une ligature des trompes sans le savoir après son 6^e bébé: « peut-être que le médecin lui a proposé mais elle n'a pas tout compris. Quand elle m'a parlé de ça elle m'a dit 'moi j'ai souffert quand j'ai su que je n'allais plus faire de bébé parce que je ne le savais pas'. Il y a eu incompréhension entre la femme et le médecin. » Ce sur quoi rebondit une autre: « la génération de nos grand-mères, au moindre truc, on leur enlevait l'utérus! (...) sans même leur demander! »

Si la plupart des femmes, lorsqu'elles ont fait la démarche d'une demande contraceptive, se déclarent satisfaites des explications données, certaines expriment un manque du fait, par exemple, de leur jeune âge: « il ne m'a rien expliqué », témoigne une jeune femme sur sa première consultation qualifiée de « très médicale ». Heureusement, comme l'ont expérimenté d'autres femmes de sa génération, elle s'est tournée vers le planning familial où « c'était une tout autre approche ». Le contact est donc bien passé, mais nouvelle pierre d'achoppement: le changement de contraception. La médecin s'obstinait à prescrire la pilule alors que la jeune femme était en questionnement et souhaitait avoir des informations sur d'autres méthodes. On revient au cantonnement à ce qui est connu et à ce qu'on estime bon ou suffisant pour l'autre. Beaucoup de médecins en effet ont tendance à exprimer de l'incompréhension devant une demande de changement de méthode lorsqu'a priori, tout se passe bien au niveau santé avec celle prescrite. Un gynécologue déplore une tendance qu'il constate lorsqu'une pilule, par exemple, donne lieu chez une patiente à une intolérance: « plutôt que d'utiliser ce moment-là pour faire un éventail des diverses méthodes dont la femme peut ne pas avoir une connaissance approfondie, et dire 'voilà l'inconvénient que présente votre pilule peut s'expliquer par tel ou tel facteur' », beaucoup, selon lui par manque d'un vrai souci de conseiller, voire par manque d'éthique, par manque de temps pris par consultation, par facilité, vont prescrire une autre pilule qui donnera lieu aux mêmes inconvénients ou à d'autres, « parce qu'en matière de psychosomatique, les inconvénients qu'on a avec une méthode contraceptive ne sont pas toujours nécessairement purement somatiques. Il y a un problème d'acceptation et donc on va traduire cela par un symptôme que l'on met en exergue du fait de l'incompatibilité entre la méthode et son utilisatrice. »

Une jeune femme regrette, malgré l'importance de l'accès à la pilule en tant qu'ado: « la femme du planning (...) m'a juste dit comment on prend la pilule, mais elle ne m'a pas expliqué ce que ça faisait dans mon corps (...) Je me souviens

aussi d'un médecin généraliste qui m'avait dit 'si tu veux que je te donne des ordonnances, je te les donne' parce que finalement c'est préférable, ça plutôt qu'une grossesse non désirée et tout le reste, mais sans rien expliquer, c'est ça qui était dommage. »

Une femme se rappelle avoir été adolescente chez l'homéopathe de sa mère, croyant que celle-ci allait, comme à ses parents, expliquer la méthode symptothermique. Elle n'a pas osé le demander, et l'homéopathe lui a prescrit la pilule: « La séance était très rapide, j'avais la pilule et je me suis dit à ce moment-là, si elle qui forme les couples à la contraception naturelle, elle me donne la pilule, c'est qu'au fond d'elle, elle est quand même persuadée qu'il y a tous les gens qui veulent leur truc bio (...) c'est quand même beaucoup plus moderne la pilule, c'est fiable. »

Nous ne saurons jamais ce qu'en pensait réellement la prescriptrice mais l'option qu'elle a prise a été lourde de sens pour la jeune fille, fière ensuite de prendre sa pilule. Par contre, plus tard lorsqu'elle a eu des effets secondaires et des problèmes de santé, à commencer par un gonflement des seins et des sécrétions, sa gynécologue a nié le lien avec la pilule. Lorsqu'elle a pris la décision de changer de méthode, accumulant les ennuis de santé, elle a préféré consulter sa mère.

Une communication défailante existe aussi avec d'autres professionnel.le.s. Ainsi le cas de cette femme qui, après avoir appris sur le tas la méthode PFN et connu des échecs, a souhaité rencontrer une formatrice spécialisée. Si la formatrice lui a permis de comprendre pourquoi la méthode n'avait pas bien fonctionné, « l'attitude bigote qu'elle avait, ce n'était pas possible ». En effet elle préconisait l'abstinence pendant la période fertile, ce qui ne convenait pas du tout au couple.

La première visite chez une gynécologue a donné à une jeune femme « l'impression d'être propulsée dans un monde d'adultes tout à coup » La présence de sa mère et l'accueil chaleureux, sans pression, de la gynécologue l'ont rassurée. C'est effectivement un passage à ne pas négliger. Là encore, l'accueil et la communication doivent faire l'objet d'une attention particulière.

La communication et le temps aussi: « c'était une usine: elle faisait passer les gens, elle parlait super vite (...) je ne trouvais même pas le temps de lui poser toutes mes questions ». Pourtant, prendre le temps permet paradoxalement plus d'efficacité.

Un nouveau concept est apparu récemment, le counseling, adapté aux consultations sur la contraception, afin de mieux aider le choix: « écouter, ne pas perdre de vue ce que la patiente veut et ne veut pas, prendre en compte tous les facteurs biologiques et de santé (...), psychologiques et sociaux (...); enfin, parler ensemble

de la contraception et proposer plusieurs options.»⁵⁵ Cela semble intégrer petit à petit certains hôpitaux, reste à savoir comment, et dans quelles proportions. Affaire à suivre...

4.2. L'accès aux services ambulatoires

Les services de planning familial sont méconnus. Certaines femmes y ont eu accès étant jeunes pour celles habitant la ville, transformant souvent leur expérience d'un centre en une généralité: par exemple, ayant probablement fréquenté le SIPS⁵⁶ à Liège, deux femmes ont retenu qu'il y avait une limite d'âge: « je pense que le planning, c'est jusqu'à 26 ans? », « moi, on m'a virée vers 18-19 ans ». D'autres arrivent en planning grâce à une rencontre organisée au sein d'une association d'éducation permanente ou d'insertion socioprofessionnelle qu'elles fréquentent. Une femme plus âgée s'exclame: « je me suis demandée comment ça n'existait pas de mon temps, parce qu'on peut tout expliquer, tout demander. »

Concernant les animations scolaires, les mères savent rarement ce qui est dit et de quelle manière à leurs enfants. Elles sont la plupart du temps simplement rassurées que d'autres adultes se chargent de cette transmission. Beaucoup de femmes ont entendu parler du planning familial, pas toutes. Elles ne sont pas forcément au courant de ses missions. Les interviews collectives ont permis cet échange d'information, d'abord entre elles, ensuite via l'animatrice pour les adresses et précisions.

L'intervention des centres de planning est d'autant plus importante qu'elle assure un relais par les pair.e.s au sein des milieux de vie de jeunes, surtout dans l'approche collective. Une femme travaillant dans le secteur voit l'animation scolaire idéale comme une conscientisation autour de « pourquoi est-ce que j'ai envie de faire l'amour, qu'est-ce que ça représente pour moi, qu'est-ce que ça va m'apporter ». Les aspects techniques sont secondaires, peuvent être apportés par d'autres, comme les professeur.e.s de bio, les médecins, etc. Cette priorité au relationnel et aux représentations est évoquée par plus d'un animateur en EVAS comme nous le verrons ci-dessous. Mais ce n'est pas pour autant généralisé dans la pratique professionnelle. Une femme insiste par ailleurs sur l'importance de prévoir « une partie en mixité et l'autre partie en non mixité », ce qui est régulièrement le cas lorsque l'école le permet car cela demande plusieurs séances.

D'autres services sont amenés à aborder ces questions suivant leur réalité de terrain: services socio-sanitaires et éducatifs qui s'adressent aux femmes et aux jeunes la plupart du temps. Ceux-ci n'ont pas été évoqués au cours des entretiens. Nous n'approfondirons pas la question ici, même si l'intervention et l'articulation de ces services seraient intéressantes à analyser.

4.3. Témoignages des professionnel.le.s accompagnant la contraception

Nous avons choisi d'interroger un gynécologue spécialisé en matière de contraception, une sage-femme, un médecin dans une structure pluridisciplinaire de santé, des professionnel.le.s du secteur du planning familial, et deux formatrices en Planning Familial Naturel. Leurs discours reflètent un aller-retour entre les réalités rencontrées sur le terrain et des a priori liés à leur interprétation et leurs propres représentations en tant que professionnel.le.s, mais aussi en tant qu'hommes et femmes concerné.e.s dans leur quotidien par la question. Nous n'avons pas, à travers ces quelques rencontres, pu constituer un éventail des différentes réalités selon l'implantation et les modes de fonctionnement internes, mais, sans pouvoir entrer dans des nuances et des particularités, ce que nous citons ici relève tout de même de discours récurrents, et de ce qui contribue à une culture commune.

4.3.1. Le personnel médical

Un **gynécologue** engagé politiquement et rédacteur en chef d'une revue scientifique spécialisée en matière de contraception, nous a livré un commentaire détaillé sur l'usage de la contraception, avec une dimension historique. Nous y percevons une analyse ancrée dans ses représentations, et cependant non figée en vertu d'une réflexion ouverte et vivante.

« La méthode la plus ancienne qui a été usitée en Europe et dans le Nord de l'Amérique est indubitablement le coït interrompu. Il est important de mentionner cette technique puisque c'est elle qui a formé le gros de la contraception pratiquée dans les régions que j'ai mentionnées jusque à peu près 1950. Et donc jusqu'à une époque extrêmement récente. Donc si certaines familles, certains couples parvenaient à limiter le nombre de naissances en leur sein si je puis m'exprimer ainsi, c'était par le recours au coït interrompu d'une part, et en cas d'échec, il faut le dire, pas de tout temps, mais depuis les années 20 ou 30 du 19^e siècle, donc c'est relativement tardif, l'utilisation dès lors massive de l'avortement provoqué. Ce qui est remarquable, c'est que deux techniques, en fait l'une relativement peu efficace, le coït interrompu, l'autre à l'époque extrêmement dangereuse, ont été responsables de la chute du taux de natalité qu'on observe entre 1850 et 1950. (...) »

55. Laurence DARDENNE, « Comment bien choisir sa contraception? », in: *La Libre Belgique*, <http://www.lalibre.be>, mis en ligne le 16/06/2010

56. www.sips.be: ce centre de planning familial s'adresse exclusivement aux jeunes

C'est dire quelle est la motivation des gens et en particulier des femmes, en ce qui concerne le nombre d'enfants qu'elles désirent mettre au monde. Et que ce ne sont pas les conditions économiques, ce n'est pas leur sécurité en matière de santé, de complications, etc. qui sont des facteurs déterminants, c'est tous les facteurs qui font qu'une femme a décidé qu'elle veut 2 ou 4 ou 6 enfants, qui vont faire qu'elle aura ce nombre d'enfants quels que soient les moyens qui seront mis à sa disposition.»

Ce commentaire illustre d'une part que la contraception n'est pas une invention de scientifiques, et encore moins du 20^e siècle et d'autre part, que la motivation est un critère d'efficacité redoutable.

Néanmoins, peut-on vraiment considérer avec lui que «la personne qui connaît les ennuis les plus sérieux en cas d'échec de contraception, et c'est bien évidemment la femme qui deviendra enceinte, n'avait pas de contrôle sur sa propre contraception» ?

Il affirme en effet que la révolution arrive lorsque des contraceptifs féminins apparaissent (spermicides et diaphragme): «Cela crée une révolution dans le domaine de la contraception, puisque d'une ère où seul l'homme décidait en matière de contraception et par là même du nombre d'enfants qui seraient à charge de la femme ou des risques qu'elle encourrait si elle mettait un terme à une grossesse survenue dans des conditions qui lui étaient défavorables, on passe, c'est presque un phénomène de noir et blanc, on passe d'une ère où l'homme contrôle la contraception à une ère où la femme la contrôle. Ca présente d'énormes avantages puisque pour la première fois, c'est la personne à risque qui peut contrôler sa fertilité.»

Que les femmes à travers les âges n'aient pratiqué aucune observation, élaboré aucun savoir sur le fonctionnement de leur corps nous paraît invraisemblable. Les femmes n'ont pas attendu la «découverte» de leur cycle par des scientifiques pour déjà le connaître empiriquement et intuitivement, et élaborer des techniques contraceptives. Des savoirs qui se sont perdus avec l'avènement des facultés de médecine réservées aux hommes et la chasse aux sorcières⁵⁷.

Notre interlocuteur commente en outre les contraceptifs disponibles actuellement. En nous présentant la palette des moyens hormonaux, il ironise sur les limites de leur diversité: «toute partie du corps qui absorbe des œstrogènes et des progestatifs peut être utilisée à un moment donné, donc grande variété!»

Peut-on parler de diversification dès lors que le principe d'absorption d'hormones est le commun dénominateur ?

En abordant la contraception d'urgence, dont nous connaissons surtout la pilule du lendemain, il promeut le stérilet: «l'autre technique, extrêmement efficace, et qui elle,

assure une contraception à long terme, ce qui est extrêmement intéressant, mais cette technique est trop peu utilisée et il conviendrait de la promouvoir beaucoup plus énergiquement qu'il n'a été fait jusqu'à présent, c'est le placement d'un stérilet cuivré dans les 5 jours qui suivent ce rapport sexuel non protégé.»

Il estime en effet que les Long Acting Reversible Contraceptives⁵⁸ devraient être davantage promus car moins assujettissants: cela peut être une alternative aux méthodes dites irréversibles, et le coût est intéressant vu la durée d'action. On reste ici néanmoins dans des alternatives médicales.

Il remet ses préjugés en cause en ce qui concerne la contraception naturelle dont il reconnaît l'efficacité si l'on combine différentes méthodes, qu'il maîtrise par ailleurs assez bien, alors qu'on retrouve peu d'informations sur elles dans les cabinets médicaux qu'ils soient privés, publics ou associatifs: «Les Allemands ont proposé une méthode qui consiste, non pas à suivre un indice d'ovulation imminente, mais d'en suivre deux qui sont la température et la glaire cervicale. Avec cette technique qu'ils appellent dans la littérature de langue anglaise *double check*...»

Le témoignage suivant est celui d'un **médecin** travaillant dans une structure sociale de santé, accueillant principalement des femmes issues de l'immigration. Il a réalisé à son arrivée dans ce service une enquête auprès des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne habitant le quartier. Il a relevé un manque général d'accès à l'information, à la contraception et aux services appropriés, alors que leur niveau d'instruction n'était pas forcément bas, et qu'elles étaient en Belgique depuis au moins 5 ans. Il est apparu dans l'enquête que la plupart des femmes utilisaient la méthode Ogino de manière approximative. Seulement 7% ont eu recours à la pilule, au diaphragme ou au stérilet. La cause principale en serait, selon le médecin, la non utilisation dans le pays d'origine: «si je prends l'exemple du Congo, c'est un pays assez croyant, (...), donc moi j'ai travaillé dans un hôpital catholique où la contraception n'existait pas, c'était interdit!».

Il y a constaté qu'on ligature souvent les trompes après 5 ou 6 enfants «et quand il y a une situation médicale qui l'exige absolument. (...) Ce sont souvent les médecins qui la proposent, mais les femmes ne la demandent pas.»

57. Lire à ce propos Barbara ERHENREICH, Deirdre ENGLISH, *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Montréal, Ed. du Remue-ménage, 2005

58. Stérilet au cuivre et hormonal, implant

Très peu de programmes, selon lui, encouragent la contraception au Congo: « ce sont des femmes plutôt de milieux aisés qui utilisent la contraception parce qu'elles ont accès à un gynécologue plus facilement (...) Pour les femmes des milieux populaires, pauvres, généralement le contact avec le médecin se fait moins fréquent, et c'est le médecin du quartier. »

Ou alors, il arrive que des médecins prescrivent la piquûre.

Lorsque ces femmes arrivent en Belgique, le premier contact avec un.e gynécologue se fait à l'occasion d'une grossesse. Le médecin interviewé repère plusieurs freins à l'acceptation d'une contraception médicale: la crainte de prise de poids, celle de ne pas pouvoir tomber enceinte par après, la prise quotidienne d'un médicament, et enfin, le coût. Il observe chez elles un manque de motivation: elles « n'identifient pas vraiment les bénéfices ». Nous interprétons ce « manque de motivation », plutôt comme un déplacement de priorités comme nous avons déjà pu le constater précédemment au détour d'autres témoignages des femmes elles-mêmes.

La transmission d'informations découle logiquement des observations du médecin et de l'interprétation qu'il en fait selon son point de vue. Celui-ci s'exprime à travers les animations qu'il propose aux groupes de femmes. Il y aborde la physiologie, le sida, le préservatif « aussi parce que beaucoup de femmes pensent que ça protège seulement du sida », les méthodes contraceptives, principalement médicales, la pilule du lendemain. Il y explique aussi la méthode Ogino, sachant que les femmes l'utilisent, souvent mal, en mettant en évidence l'aspect non fiable de celle-ci, à l'instar d'autres animatrices que nous avons côtoyées lors d'interviews collectives.

Les questions des femmes, quant à elles, portent sur les effets secondaires, les risques, mais aussi sur des questions philosophiques autour de la conception.

Accompagnant la visite d'un centre de planning familial, il a constaté que les hommes ont posé plus de questions. Aisance à prendre la parole, qui plus est, en français? Gêne devant les hommes? Impression d'en savoir plus qu'eux? Ces questions restent en suspens.

Les sages-femmes regrettent, en Belgique, de ne pas pouvoir comme en France prescrire la contraception pour avoir davantage d'autonomie. En effet dans l'accompagnement périnatal, elles sont évidemment amenées à aborder la contraception post-natale. Elles sont par ailleurs souvent plus ouvertes à des méthodes contraceptives non hormonales: diaphragme, cape cervicale, double check. Le diaphragme est la méthode barrière la plus répandue « par rapport à la pose qui semble peut-être plus

facile ». Cette sage-femme remarque qu'« il y a très peu de formation au niveau des médecins à ces techniques ».

Elle observe une recrudescence de demande de contraception non hormonale, « avec un questionnement sur les incidences à long terme », et elle dénonce par ailleurs « beaucoup de mises en place du stérilet Miréna sans information des femmes. Les femmes ne savent pas du tout ce qu'elles ont dans le ventre. » Parce que « d'avoir ses règles, c'est le choix de la femme, d'avoir des hormones ou pas, c'est le choix de la femme à l'intérieur et pas le choix extérieur du médecin poussé par un lobbying incroyable derrière. »

Les sages-femmes s'attachent également davantage à transmettre une information sur le fonctionnement du corps des femmes, pour garantir une meilleure efficacité de la méthode choisie ensuite car elles sont souvent confrontées à une connaissance très partielle de leur anatomie ou de leur cycle et de l'effet des différents types de contraceptifs. Seraient-elles plus à l'écoute de cette dimension? En tout cas, elles prennent proportionnellement plus de temps avec les patientes que les médecins en général. La sage-femme interviewée témoigne d'une réalité qu'elle rencontre autant en Belgique qu'en France: la moitié des femmes qui la consultent ne savent pas comment est fait le périnée, ni où il se situe exactement. Bien souvent elles ignorent qu'elles ont trois orifices, et n'entrent en contact conscient avec cette partie de leur corps que lors de la rééducation post-natale.

4.3.2. Les professionnel.le.s des centres de planning familial⁵⁹

Les équipes pluridisciplinaires des CPF occupent une place privilégiée de par la diversité de publics rencontrés presque exclusivement autour des questions de sexualité. Elles ont une approche particulière de l'écoute, avec un souci d'accessibilité. Ceci n'empêche évidemment pas les a priori.

Une assistante sociale se souvient des réactions entendues à l'accueil en planning familial: « ce qui arrive en premier (...) dans les témoignages (...), c'est la contrainte, mais par contre le plaisir ce serait un plaisir intellectuel, de se dire: 'ouah, c'est quand même une bataille de gagnée' ».

Le plaisir lié à la contraception, elle le voit surtout pour l'adolescente qui se voit devenir grande grâce à sa première contraception. Elle constate comme les femmes elles-mêmes, et d'autres professionnel.le.s, que cela reste une affaire de femmes:

59. Nous utiliserons parfois l'abréviation CPF

« c'est quelque chose d'un petit peu clos, comme univers » ; « ça reste quelque chose dont on parle dans des lieux intimes (...) des lieux intimes autour du médical, du soin médicalisé ».

Elle évoque la surprise des femmes quand la question est abordée en consultation sociale dans un autre service psycho-médico-social. Un contexte restreint donc, seule face au médecin. C'est en effet la tendance la plus répandue. Elle se souvient qu'au planning,

« il y avait quelque chose d'un petit peu lourd de devoir dépendre du médecin, ou de quelqu'un à l'accueil, de devoir aller dans un endroit quémander ta plaquette, tu vois ? Mettre ça dans le dossier... Il y a quelque chose comme ça qu'on peut justifier comme on veut autour de l'aspect médical et des risques cardiovasculaires, mais moi, je ne peux pas m'empêcher de faire l'association avec quelque chose de culpabilisant quand même, (...) tu dois avoir la permission ».

Sa réflexion soulève pour nous des questions que nous partageons avec elle. Les contraceptifs hormonaux pourraient-ils être en vente libre, en admettant qu'on donne à chaque femme les moyens d'évaluer si cela leur convient ? La question du rapport aux personnes habilitées à conseiller en matière de contraception entre en jeu de manière déterminante de nouveau : va-t-on recevoir la leçon, se faire contrôler ? Ou consulter pour demander conseil et éclairer son choix ?

Ce qui fait dire à l'interviewée que le préservatif est pour elle le moyen le plus accessible, la contrainte étant principalement « matérielle » et non médicale. En outre, il comporte l'avantage du partage de la contraception.

Une psychologue insiste sur le manque d'accessibilité à la contraception et nomme différents freins. Ce n'est pas une priorité dans la vie quotidienne. Pour elle, les médecins n'informent pas suffisamment sur la diversité des méthodes et sont influencé.e.s par les délégué.e.s des firmes pharmaceutiques : l'aspect commercial prend ainsi le pas sur la prescription ou le conseil d'une méthode appropriée, et moins coûteuse. Les préjugés persistent : par exemple, le stérilet est associé à stérilité ou risque de grossesse, et s'adresse aux mamans. Beaucoup de méthodes sont méconnues. Pour les plus jeunes, la crainte de la consultation gynécologique, la crainte que les parents soient au courant les poussent à ne rien utiliser, ou à choisir le préservatif quand il n'est pas considéré comme trop cher, ou compliqué du fait des enjeux affectifs de son utilisation (cfr commentaire d'un assistant social plus bas). À ce propos, les plannings peuvent rassurer quant à l'anonymat, davantage que les médecins de famille. Elle estime que le rôle de parent est d'accepter que l'enfant ait une sexualité, d'ouvrir le dialogue « pour que la jeune fille se sente libre de dire quand elle est prête ». Le coût est un frein aussi bien entendu, car au-delà de 21 ans, les femmes n'ont pas nécessairement davantage les moyens de se payer une contraception. Or l'âge moyen du plus grand nombre d'IVG est 27 ans, une

tranche d'âge non visée par la sensibilisation et les campagnes d'information. Elle pense aussi à la nécessité de faciliter l'information pour des publics ne parlant pas français ou analphabètes. Elle constate la persistance d'une mauvaise connaissance du corps et de tabous par rapport aux méthodes non hormonales : la seule qui sera dès lors conseillée reste le stérilet au cuivre, nécessitant une intervention médicale.

La contraception naturelle = la roulette russe⁶⁰

La plupart des professionnel.le.s du planning familial sont réticent.e.s face à l'information concernant une contraception naturelle. Dans une équipe de planning réfléchissant au côté aléatoire de l'efficacité d'un moyen de contraception, liée plus à la personne qu'au moyen lui-même, la « compliance »⁶¹, les exclamations fusent : « il y en a quand même qui marchent moins bien que d'autres : se retirer, compter, calculer, température, les méthodes naturelles – Oui, mais ce n'est pas médical, tout ça ! – Ce n'est pas des contraceptifs, ça ! – Ce n'est pas des méthodes qu'on va préconiser, nous, en tant que professionnel.le.s. » La crainte la plus récurrente est de contribuer ainsi à faire prendre à la femme le risque d'une grossesse non désirée car cela demande une gestion rigoureuse au quotidien, sans oublier ce qu'un autre travailleur de centre nomme « les contingences matérielles, les contingences de temps qu'on peut déplorer ». Il estime qu'une méthode doit être « suffisamment accessible au plus grand nombre ». La deuxième crainte est celle d'une récupération idéologique, pro vita par exemple. La méthode en Belgique francophone est en effet diffusée actuellement par une association pro vita. Ce qui n'empêche pas les personnes engagées pour dispenser la formation d'avoir un discours très libre dans l'enseignement de la méthode. Question de génération sans doute, de souci de professionnalisation, d'évolution des valeurs vers une préoccupation davantage bioécologique, et la promotion d'un accueil, d'une écoute sans jugement moral, privilégiant le choix. Cette méthode peut être un choix parmi d'autres.

60. C'est la définition donnée pour les méthodes naturelles non combinées présentées dans la brochure, par ailleurs très bien faite, du SIPS sur la contraception. Cet exemple illustre l'incomplétude d'information récurrente, dans diverses sources, concernant les méthodes « naturelles » : ici ne sont cités que le coït interrompu et le calendrier par exemple. Il arrive que la méthode des températures, plus rarement la méthode Billings, soient évoquées, mais presque jamais les indices combinés.

61. « Précision avec laquelle un patient suit un plan de traitement convenu, observance des prescriptions thérapeutiques. » (Wiktionnaire)

La pilule du lendemain comme alternative

L'assistante sociale rencontrée reconnaît par ailleurs « que c'est potentiellement un danger réel pour les femmes d'être sous hormones tout le temps » et soulève une question qui fait débat au sein des plannings : « je ne sais pas comment ça se passe exactement au niveau médical, (...) mais la contraception one shot avec la pilule du lendemain pour les rapports occasionnels, je trouve que ce n'est pas idiot non plus de se dire que si c'est vraiment épisodique, ça ne sert à rien de mettre quelqu'un sous hormones tout le temps ».

La pilule du lendemain... au cas où le préservatif lâche. C'est moins contraignant qu'une pilule chaque jour lorsqu'une femme a des relations occasionnelles. Une autre travailleuse du secteur du planning, à l'instar d'autres professionnelles de la promotion de la santé constate : « dans les plannings, il y en a qui montent au ciel quand on leur parle des méthodes naturelles ! En même temps, si tu connais ton corps, si tu te dis que tu as vraiment pris un risque et que le préservatif a lâché ou quoi, tu as encore la pilule du lendemain. Il y a encore une mentalité drastique... »

La difficulté dans ce cas précis, est que la prise d'une pilule du lendemain entraîne fatalement des changements dans le cycle qui le rendent moins facilement observable dans les semaines qui suivent. Tout semble de nouveau être une question d'informations objectives et complètes qui permettent une meilleure prise en main de ses choix. Quant à la pilule du lendemain, il y a deux tendances qui s'affrontent dans les discours : chaque femme devrait avoir une boîte de pilules du lendemain dans sa pharmacie, d'une part et à l'opposé, c'est un médicament, donc les médecins ou les accueillant.e.s doivent exercer un contrôle sur la prise de la pilule du lendemain. Nous sommes encore dans la question de la liberté et de la responsabilité individuelle. Nous avons également pu le constater directement dans le discours de bon nombre de professionnel.le.s, toutes formations confondues : si, par exemple, le partenaire vient chercher la pilule du lendemain parce que la femme concernée ne peut pas se déplacer pour x raisons, le lâcher prise est très difficile. Au lieu d'encourager la démarche d'un (jeune) homme qui prend une responsabilité dans la gestion de la contraception, la tendance est au contrôle. Suite à ce constat, cette situation est proposée comme jeu de rôle lors de formations à l'accueil en milieu festif autour de la vie affective et sexuelle⁶². Ce n'est pas le cas de tou.te.s les participant.e.s, mais le débat reste vivant sur la responsabilité que les professionnel.le.s pensent engager à ce moment. Au sein d'une équipe, cette démarche, de la part de plus en plus de jeunes hommes, est accueillie comme une plus grande attention et une meilleure connaissance, mais il y a néanmoins une interrogation par rapport à un « business » de la pilule du lendemain, comme il peut y en avoir un pour les préservatifs : revendre à ses pair.e.s, c'est en effet un phénomène qui arrive aux abords de certains plannings. De nouveau, tout ne peut pas être maîtrisé.

L'implication des garçons et des hommes

L'équipe que nous avons rencontrée émet l'hypothèse que l'implication plus grande des jeunes hommes est liée aux facteurs suivants : accessibilité grâce à internet, parole plus facile autour de la sexualité, milieu socioculturel. Cette dernière donnée est soulevée par un travailleur qui preste ses heures dans un planning à Bruxelles et un à la campagne, avec une large population estudiantine. Il lui apparaît clairement, que dans ce dernier lieu, les partenaires sont plus présents. Tandis qu'à Bruxelles, « il y a beaucoup de femmes d'origine africaine, maghrébine, et là on voit une différence culturelle au niveau de l'homme africain, de l'homme maghrébin, que ça, ça reste une histoire de femmes. (...) ils vont déjà moins parler de leurs sentiments ».

Ces hommes qu'il évoque resteraient en retrait. Il attribue cela à une dimension culturelle, alors que d'autres facteurs peuvent intervenir comme la génération par exemple. D'ailleurs, pour une psychologue, c'est dans la tranche 20-30 ans, de jeunes ayant fait des études supérieures qu'elle retrouve les hommes les plus concernés, et que la prise en charge tend vers une égalité hommes-femmes. Sinon, elle constate dans sa réalité de terrain que cela reste une affaire de femmes, et que pour les jeunes garçons qu'elle rencontre en animation, « c'est clair que ce n'est pas leur problème ». Les hommes sont parfois présents mais « pas concernés ». Il arrive néanmoins, en consultation, que cela soit perçu comme un problème de couple ou que les hommes aient conscience de leur rôle. Si la vasectomie rencontre une grosse résistance parce que portant atteinte à la virilité, elle observe que les hommes seraient plus enclins à prendre la pilule si elle leur était proposée.

Et le préservatif ?

Un assistant social prône la double protection car, selon lui, la mauvaise utilisation du préservatif est courante : pas mis tout de suite, resté dans le vagin, retiré trop tôt... cependant, à l'instar du gynécologue que nous avons interrogé, il reste dubitatif quant au mythe du préservatif qui craque : « on est bien d'accord, c'est beaucoup moins courant que je ne l'entends réellement... ». Le préservatif, selon lui, n'est pas facile à utiliser pour diverses raisons. Ça implique d'en parler, de l'intégrer dans la relation. « L'accessibilité se joue à un autre endroit, celle de la relation à l'autre (...) il y a toutes les représentations mentales », il cite dans ce qu'il a déjà entendu l'utilisation du préservatif comme signe d'impuissance, comme signe de manque de confiance en

62. Dans le cadre du projet Sex&Co, initié par la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial

l'autre, ce qui pose problème dans une relation d'amour qui se veut total... La prise de risque aussi autour de l'adolescence, la notion d'engagement... et la représentation du plaisir: «la plupart des jeunes hommes ou des hommes adultes (...) témoignent quand même tous que c'est plus chiant avec que sans». Ceci dit, côté ados, il remarque une évidence à l'utiliser sans ce frein du plaisir entravé, sans doute du fait d'être la « première génération capote », 30 ans après l'apparition du sida.

La pilule en tête des prescriptions

Les travailleurs et travailleuses de planning interviewé.e.s reconnaissent que 9 fois sur 10, c'est la pilule qui est prescrite, parce que c'est le moyen le plus connu et donc le plus demandé, c'est le moyen hormonal le plus accessible financièrement, les centres ont des échantillons qu'ils peuvent donner en dépannage ou pour soutenir le démarrage d'une contraception, et comme première contraception, cela apparaît encore comme la plus adaptée, la plus accessible, bien que le temps soit souvent pris en planning pour expliquer différents moyens existants. La demande semble dépendre de la diffusion d'informations: « Quand ils ont fait de la pub pour l'anneau, on a eu plein de demandes dans les mois qui ont suivi, et puis, il n'y a plus eu personne. »

D'où l'importance d'un lieu où l'ensemble des méthodes peut être présenté. Si les équipes s'en réfèrent très vite aux médecins de leur centre, et épousent les représentations, parfois les réticences de ces dernier.e.s. beaucoup d'accueillant.e.s s'en affranchissent et laissent plus d'espace au choix. Tout dépend de leur aisance à aborder la contraception dans ses aspects pratiques. La mise à jour des connaissances en la matière demande une attention régulière, et le personnel accueillant développe ses compétences sur le terrain, selon les particularités des demandes rencontrées et l'organisation du centre autour du médical. En-dehors des délégué.e.s des firmes pharmaceutiques et de la littérature à laquelle les médecins ont accès, il est difficile d'être tenu informé en détails des nouveaux moyens mis sur le marché. Concernant l'anneau vaginal par exemple, une travailleuse se plaint de ne pas avoir eu réponse à ses questions sur la diffusion des hormones de la part du délégué. En animation, à l'accueil, via les collègues, beaucoup d'échos des usagères parviennent et forgent une opinion, voire une culture commune autour des moyens de contraception, leurs avantages, leurs inconvénients. Par exemple, le patch, ça se décolle, ce n'est pas sexy, les jeunes « n'aiment pas parce qu'il y a de la crasse en-dessous », l'anneau, « ce n'est pas pour les jeunes », parce que la pose n'est pas évidente: « c'est souvent des femmes un peu plus mûres, qui connaissent déjà un peu mieux leur corps, qui sont plus à l'aise ». Par contre l'anneau paraît une alternative en cas d'oubli fréquent de la pilule. Les hommes rencontrés par cette équipe semblent demander la vasectomie par dépit.

Le conseil va se baser sur ce dont la femme aura déjà entendu parler, ses désirs, ses attentes, son histoire, son âge, sa situation. Plus d'un.e intervenant.e témoigne de l'importance d'expliquer au départ le fonctionnement et les effets potentiels pour une meilleure acceptation. La confiance en une méthode est primordiale pour son efficacité d'utilisation. L'information du personnel d'accueil est également cruciale pour les cas d'échec de contraception: il y a toujours deux facteurs, l'utilisation bien entendu, et le moyen lui-même. Selon une travailleuse, l'échec relève d'une mauvaise compréhension du fonctionnement ou d'un problème inconscient par rapport à la grossesse. Dans le cas de son travail où elle reçoit surtout des étudiantes, l'aspect de la compréhension semble ne pas poser problème.

La nouvelle pilule mise sur le marché en 2010. Qlaira, selon l'équipe rencontrée, répond à une mode, à une demande aussi des femmes « de retrouver quelque chose qui ressemble plus à un cycle naturel. » C'est une demande qui arrive, selon une travailleuse, davantage entre 35 et 45 ans, parfois dans la vingtaine déjà, selon une autre. Cette pilule imite le cycle et est présentée comme bio parce que « à l'oestrogène naturel » dans les communiqués de presse. Au niveau de l'utilisation, l'équipe est dubitative car chaque pilule a un contenu différent.

Pour plusieurs intervenant.e.s, la contraception est davantage vécue comme une contrainte par les nouvelles générations, ce à quoi il leur semble important de répondre en rappelant le combat de l'accès à la contraception. La plupart admet néanmoins que prendre une pilule tous les jours, c'est contraignant, voire intrusif.

Informer, animer

L'assistante sociale que nous avons interviewée a constaté que l'information dépend beaucoup du bagage de chaque personne. Parfois, les ados qu'elle a rencontré.e.s en animation « étaient plus informé.e.s que certaines femmes ». Elle estime que c'est une responsabilité politique parce qu'il s'agit d'un droit. Il existe déjà certains canaux de transmission, réels ou potentiels, à réévaluer et renforcer. L'intervention des mutuelles dans la contraception dédramatise celle-ci, la présence des centres de planning familial dans les écoles, les synergies entre différent.e.s intervenant.e.s des milieux de vie des ados, les médias, notamment les magazines féminins, les médecins... Il y a encore à inventer pour créer une culture commune et rendre une information de qualité accessible au plus grand nombre. Elle fait remarquer qu'il faut rester attentif à l'intrusion: certaines campagnes peuvent être inopportunes, il importe de partir des besoins des publics ciblés. Les relais locaux sont parfois plus adéquats et devraient être renforcés et visibilisés. Actuellement on navigue, selon elle, entre hypersexualisation et repli sur des traditions religieuses en quête de sens.

Pour une autre travailleuse, il est important que les canaux d'information soient les plus multiples possible : « ce qui, par un pair, paraîtra une parole de vérité un jour pourra paraître complètement de la connerie le lendemain et la même chose vis-à-vis des parents ou d'un planning. »

Encore faut-il une cohérence et une éducation au discernement : le crédit accordé à une information fluctue comme le degré de confiance dans la source de cette information.

L'animation en EVAS est la mission principale des centres de planning familial. Un animateur de quarante ans la conçoit comme un lieu de parole où on aborde d'abord des thèmes qui intéressent les élèves. Le sujet de la contraception arrive très peu dans les questions, davantage chez les filles que les garçons. En tant qu'animateur, il vise la désacralisation de ce qu'est un centre de planning familial pour en garantir l'accès. Il estime de manière lucide que l'animation scolaire est le dernier lieu pour aborder les questions de sexualité dans la mesure où c'est dans un cadre obligatoire, où les jeunes n'ont rien demandé, peuvent craindre de s'exprimer devant les autres. Par contre, en faire un lieu d'échange libre permet de donner accès aux centres de planning où aborder leurs questions dans l'intimité d'une consultation d'accueil. Les consultations de relation d'aide en général lui apparaissent comme lieux d'éducation à la vie affective et sexuelle privilégiés vu l'ouverture à la parole, à l'écoute. Cependant, il réalise que le cadre professionnel est loin d'être le premier lieu d'éducation de fait... Par contre, il permet de travailler les représentations mentales, de faire le tri. Un deuxième objectif est une conscientisation des garçons par rapport à la sexualité, ce qu'un autre jeune animateur relève également comme motivation dans son métier : « investir un maximum les garçons ». Il sensibilise notamment à la participation au coût et à tenir compte de l'autre. La contraception s'inscrit dans des questions plus vastes : relationnel, respect de soi, respect des autres...

En parlant des classes de garçons, le premier animateur interviewé rapporte : « j'ai déjà tout entendu, du pire au meilleur, du plus dénigrant au plus respectueux, du plus machiste au plus « prise en considération des aspects de genre », et cela au sein d'une même classe parfois. »

Il a par contre été frappé par le fait de retrouver les discours les plus conservateurs, les plus machistes dans les extrêmes au niveau du milieu social : les plus précarisés et la haute bourgeoisie, voire l'aristocratie. Ce n'est pas tant une question d'accès à l'information que « remettre en question des schémas familiaux et sociétaux préétablis », entre rassurance pour les uns et privilèges pour les autres.

L'animation EVAS est donc aussi un lieu privilégié de sensibilisation aux questions de genre, pour autant que l'intervenant.e y soit sensible.

4.3.3. Les formatrices en Planning Familial Naturel

Nous avons rencontré des formatrices en planning familial naturel, plutôt de la nouvelle génération, donc déjà éloignées dans leur approche de l'idéologie catholique qui est à la base de la diffusion de cette méthode en Belgique. En tant que formatrices, les publics qu'elles rencontrent sont variés, plus souvent jeunes.

L'une d'elles fait émerger des profils : dans la vingtaine, la motivation reste l'envie de connaître son corps et d'éviter une grossesse. Il arrive que la découverte du fonctionnement de leur corps réveille une souffrance liée au vécu d'une ou plusieurs IVG. La formatrice est alors mal placée pour les accompagner. Un deuil doit d'abord être fait par ailleurs. Vers 30 ans, ce sont plutôt des femmes insatisfaites de la pilule, en baisse de libido, rencontrant des problèmes de santé, ou simplement en questionnement par rapport à l'innocuité. Les femmes dans la quarantaine exposent souvent un ras-le-bol de la prise en charge seules de la contraception... et du couple, de la sexualité : lassées, elles se laissent tenter par l'abstinence. Elles s'inquiètent aussi pour leur santé. Dans ces cas-là, la formatrice met la priorité sur la vie de couple et son évolution possible avant de se lancer dans l'apprentissage de la méthode.

Pour les femmes en post partum, elle oriente plutôt vers des formatrices de la même génération qui ont un bébé, « pour l'effet miroir », le sentiment d'être comprise par quelqu'une qui vit ou a vécu récemment la même chose. C'est en effet une méthode moins évidente à mettre en place en post partum.

Exceptionnellement, elle reçoit des femmes en préménopause.

Il arrive que les motivations de se tourner vers cette méthode soient aussi financières.

En fonction du profil socioculturel des personnes rencontrées, la communication va être adaptée : si le niveau scolaire peut jouer un rôle, les apprentissages vont être aussi facilités ou compliqués selon l'orientation (plus scientifique ou plutôt créative par exemple), faisant appel à des schémas différents.

Par contre la connaissance, ou plutôt la méconnaissance du corps ramène tout le monde au même niveau : « la connaissance n'est pas proportionnelle au niveau d'étude ». C'est le cœur de l'apprentissage de cette méthode, et c'est aussi, comme nous l'avons relevé au cours des interviews, pour beaucoup, une donnée essentielle de la transmission et de la prise en charge de la contraception.

Les mots sont importants : « moi j'appelle ça gestion de la fertilité parce qu'on reste fertile », mais elle utilise néanmoins le terme contraception pour ne pas semer de confusion : les gens ont en effet tendance à retenir le mot fertilité et donc à ne pas y voir le moyen de ne pas avoir d'enfant au même titre que d'en avoir un.

Le temps est un frein important par rapport à cette méthode, ce qui confirme l'appréhension d'un travailleur de planning que nous avons évoquée plus haut. Les formatrices en PFN reconnaissent cette donnée mais conçoivent la question du temps différemment. En effet cela pose la question de l'organisation du temps et de la perception qu'on a de celui-ci. L'observation demande peu de temps au quotidien, mais bien une attention. Par contre, là où le temps intervient, c'est dans l'apprentissage qui doit se faire sur plusieurs mois, du fait entre autres qu'il y a au départ cette méconnaissance du corps et des cycles menstruels, ainsi qu'une distance prise à l'égard des manifestations corporelles. Dans leur pratique, elles prennent aussi le temps avec les femmes et les couples qu'elles reçoivent pour « être à l'écoute de leur mode de vie », « informer pour laisser le choix », délivrer « une information plutôt qu'un produit ».

Cette formatrice voit la connaissance de son corps comme un droit, une liberté : « cela devrait faire partie du cursus scolaire » et l'ensemble des sources potentielles d'information devraient être exploitées, du gynécologue à la télévision, en passant par l'école, internet ou encore les commerces érotiques, où elle fait d'ailleurs remarquer que les personnes censées conseiller méconnaissent un certain nombre de choses importantes comme la glaire par exemple. « On infantilise les adultes et les jeunes par rapport au choix de la contraception ». Du coup, elle constate que beaucoup mentent aux médecins. Elle dénonce à la fois le pouvoir du médecin qui « sait ce qui est bon pour moi » et l'amalgame entre efficacité et produit qui s'achète.

Nous constatons au terme de ces différents témoignages que les discours des femmes et des professionnel.le.s interviewé.e.s se complètent, tantôt dans le reflet de la norme sociale, tantôt dans la lucidité face aux enjeux du choix contraceptif. Les points de vue évoluent et là encore, il est intéressant de constater que les lieux d'échanges sont aussi importants pour les professionnel.le.s qui sont dans une démarche réflexive et qui ne se cramponnent pas à un seul discours.

Entre expérience du terrain et représentations, les professionnel.le.s interprètent certains comportements dans leur dimension culturelle et cela va influencer leur manière de communiquer, les éléments qu'ils et elles vont transmettre.

Or, comme l'a soulevé une professionnelle en promotion de la santé dans nos interviews, la culture a un impact minime sur l'attitude des femmes face à la contraception. C'est aussi le constat d'une équipe de planning familial⁶³ : l'influence vient davantage des conditions économiques et sociales, des politiques sanitaires menées dans le pays d'origine, du niveau d'instruction... et de la politique sanitaire du pays d'accueil

à laquelle une deuxième génération s'adapte facilement. C'est là que les différences s'estompent entre femmes d'ici et d'ailleurs.

Dans les représentations, la tendance à la généralisation, à la catégorisation est un raccourci vite pris. L'appartenance culturelle qu'on a souvent tendance à utiliser pour expliquer certaines réactions et perceptions, est supplanté par l'influence plus globale de la culture patriarcale qui s'exprime de manières diverses certes, mais partout. Et cette culture de domination se transmet à tous niveaux, elle imprime les comportements, y compris des professionnel.le.s, justement du fait qu'elles et ils s'intègrent à une culture dominante.

5. Quelques mots encore sur...

5.1. Les médias

Sur internet se rencontrent virtuellement professionnel.le.s de la santé, usagères, entreprises commerciales et pouvoirs publics. Comme vu précédemment, les forums représentent une grande ressource pour les usagères.

« À mon époque, c'était l'école, les copines, les livres (...) mais aujourd'hui (...) c'est ce qu'on trouve sur internet. », constate une mère de deux jeunes filles.

Internet est évidemment une source d'information privilégiée avec laquelle il faut compter. Une femme n'hésite pas à citer Facebook parmi les canaux à mobiliser. La crainte se situe légitimement au niveau du discernement. C'est là qu'il y a une place à prendre au niveau éducationnel. Les centres de planning familial l'ont compris en créant un portail commun aux quatre fédérations de centres, adressé aux ados : Loveattitude.be. Le site de Martin Winckler, gynécologue français auteur de divers ouvrages, notamment sur la contraception⁶⁴, a un grand succès auprès des femmes en quête d'information et de conseils. Une manière efficace de rendre l'information accessible à toutes et tous. Cependant se pose toujours la question du contenu, du discours. Pour un particulier comme Martin Winckler, c'est son avis bien entendu qui est véhiculé sans équivoque. Pour un site comme Love attitude, essentiellement destiné aux jeunes, beaucoup de questions sur la forme et le fond, philosophiques, éthiques, de priorités... se posent avant la mise en ligne d'un contenu car il s'agit de

63. Questionnements et constats ont été rassemblés dans une brochure : *Des femmes d'horizons différents face à la contraception*, Bruxelles, Questions santé, 2005, téléchargeable à l'adresse <http://www.questionsante.be/outils/contraception.pdf>

64. Martin WINCKLER, *Contraceptions mode d'emploi*, Paris, J'ai lu, 2007

trouver un discours qui puisse refléter celui de la centaine de centres en Communauté française de Belgique.

Les programmes télévisés éducatifs retiennent généralement l'attention lorsqu'ils sont vus: «il y avait un dessin animé (...) «c'est quoi la vie?» ou un truc comme ça, ça m'a beaucoup aidée».

Si certaines femmes estiment que c'est un bon vecteur, potentiel ou déjà en partie effectif, d'informations, beaucoup de mères sont inquiètes: «La télé abîme la jeunesse et l'informatique encore plus (...) les enfants y voient le sexe par la violence, c'est par les films pornographiques qu'ils connaissent. Ce n'est pas ça les rapports homme-femme, hein!»

Cette indignation reflète assez concrètement l'avis de beaucoup de femmes, mères ou en passe de l'être, de milieux modestes: on parle beaucoup de sexualité mais... mal! C'est évidemment la sexualisation de la société, des médias, de la pub qui est en jeu ici, véhiculant beaucoup de stéréotypes de genre.

«Je pense qu'on devrait avoir des informations plus complètes que ça à la télévision.» Cette trentenaire estime que le préservatif, par exemple, devrait être «un objet de consommation courante» et donc faire l'objet de davantage de publicité, outre les rares campagnes publiques.

Internet est devenu un outil privilégié par les firmes pharmaceutiques: forums internet, sites d'information créés sur mesure (*mapilule.be*). Leurs stratégies traditionnelles de vente restent le placement de brochures sur leurs produits dans les lieux de consultations de leur public cible et le démarchage auprès des prescripteurs. Les brochures et sites édités par les firmes pharmaceutiques s'adressent directement aux clientes potentielles, sous couvert d'information et d'autonomisation... Toujours dans le but de promouvoir un produit, les commerciaux n'hésitent pas à surfer sur les représentations positives. Par exemple la brochure concernant l'anneau vaginal, commercialisé par Schering, renvoie vers un site: *www.liberez-vous.be*. Libérez-vous, sous-entendu de la contrainte d'une prise de pilule tous les jours grâce à l'anneau qui ne doit être placé qu'une fois par mois. On y trouve des informations sur la quasi-totalité des moyens de contraception avec avantages et inconvénients, une liste de questions préparatoires à la visite médicale pour une prescription contraceptive... et un test pour déterminer la contraception qui leur convient le mieux, hormonale bien entendu, et souvent les combinaisons de réponses amènent l'anneau comme alternative. La rubrique témoignages de femmes dresse, quant à elle, des portraits qui entrent dans la norme contraceptive déjà évoquée.

Il serait intéressant de se pencher de manière plus approfondie sur les forums internet et la presse afin de mieux se rendre compte de l'utilisation... et de l'importance des

réseaux de pair.e.s et des médias dans la transmission. Cela permettrait également d'affiner l'approche de ces outils comme canaux de diffusion.

5.2. Les pouvoirs publics

Une fédération de planning familial a élaboré une ligne du temps, découvrant à travers ce travail bon nombre de méthodes contraceptives et abortives. Cette recherche a amené l'équipe à relativiser l'arrivée de la pilule, mais aussi à contextualiser la promotion ou l'interdiction de la contraception à travers l'histoire, selon les enjeux de pouvoir: besoins de chair à canon, repopulation, surpopulation de certains groupes...

Aujourd'hui, nos politiques semblent tenir le discours suivant: «L'utilisation de méthodes de contraception est considérée comme une donnée fondamentale dans le domaine de la santé publique»⁶⁵. La vision politique sera influencée par divers lobbys associatifs (planning familial, mais aussi d'autres secteurs selon les affinités des ministres en charge de la santé) et commerciaux. Il y a là rapport de force, comme nous l'avons vu plus haut dans l'exemple du remboursement des pilules contraceptives.

En France, il y a eu une prise de conscience sur le progrès des méthodes, mais en même temps le constat que les mêmes méthodes sont toujours utilisées. Pour encourager le choix et la diversification, une campagne et un site web ont vu le jour, le tout accompagné d'un numéro vert⁶⁶. Si le constat est proche en Belgique, entre enjeux économiques et médicaux, la volonté d'évoluer vers une diversification semble moins prioritaire. Il n'y a pas de campagne d'information publique récurrente. Néanmoins, les pouvoirs publics soutiennent en général la production d'outils pédagogiques et de brochures produites par les associations. Deux thèmes font l'objet de sensibilisation grand public: la campagne Laura.be qui accompagne la mesure Demotte de réduction du coût de la contraception pour les moins de 21 ans, et le soutien de la double protection en Communauté française. Cela s'adresse essentiellement au public adolescent, basé sur la prévention des risques de grossesse non désirée et d'IST.

Par ailleurs, les orientations en matière de contraception sont davantage liées aux politiques publiques des pays où résident les femmes qu'à leur culture, comme l'analysent des professionnel.le.s de la santé qui travaillent avec des femmes migrantes.

65. *Enquête de santé par interview*, Institut Scientifique de Santé Publique, Belgique, 2004

66. voir aussi l'article « Connaître la contraception et la choisir », http://cours.funoc.be/essentiel/article/article.php?id_art=1873, 24 septembre 2007

Tou.te.s les professionnel.le.s s'accordent pour dire l'importance de campagnes de grande envergure. Reste à se pencher sur des messages pertinents qui soient davantage orientés vers la promotion de la santé que vers la prévention de risques, et ce de manière durable, notamment en rendant les campagnes récurrentes, et en soutenant aussi de manière durable les intervenant.e.s en promotion de la santé. Il est connu que l'attention du public sera attirée par une campagne. En témoigne par exemple une fréquentation accrue des services. Mais l'intérêt suscité retombe après quelques mois. Il est aussi nécessaire d'assurer des relais à ces campagnes.

Si aucun canal de transmission n'est objectif, répondant chacun à des intérêts propres, tous ont un rôle non négligeable à jouer dans l'accès à l'information. Certains ont la possibilité, voire la mission, d'apporter une dimension émancipatrice. D'autres peuvent se révéler des outils à exploiter dans ce sens. Des concertations, et un processus de réflexion et de sensibilisation seront toujours nécessaires pour répondre de manière adéquate à cette mission d'émancipation.



**IV.
PRÉOCCUPATIONS
POUR AUJOURD’HUI ET...
DEMAIN**

En abordant les questions liées à la contraception, divers enjeux actuels préoccupent les femmes au niveau de la collectivité.

Le phénomène d'hypersexualisation inquiète au-delà de la reconnaissance de l'importance de lever des tabous. En effet les images véhiculées dans l'espace public, de plus en plus sexualisées dans un objectif consumériste, sont contre-productives par rapport à une transmission de réappropriation de son corps, de choix libre et éclairé.

Les femmes dénoncent aussi les violences masculines, le rapport de domination toujours à l'œuvre, qui les freinent dans leur autonomie, leur liberté, leur santé. Les pressions à la virginité sont un débat d'actualité non négligeable vu le repli identitaire qui se renforce à l'intérieur de certaines communautés. Nous avons vu que la contraception est une manifestation d'une vie sexuelle active, plus ou moins bien perçue selon les représentations à l'œuvre au sein de la collectivité. Dans l'imaginaire collectif, l'entrée dans une vie sexuelle active est généralement définie par la pénétration vaginale, et donc la potentialité de fécondation. À qui appartient le ventre des femmes ? Il reste un terrain d'affrontement idéologique. Les autres pratiques restent dans l'ombre, soit non validées de par leur statut de préliminaires, soit taboues. Le plaisir féminin reste tabou, voire nié : dans un contexte d'obligation d'arriver vierge au mariage, combien de jeunes filles acceptent des relations sexuelles anales par défaut ? Par contre, il y a aussi une pression à se débarrasser de cette virginité, « faire comme les autres », donner une preuve d'amour, etc. Il s'agit bien d'un enjeu de pouvoir, de contrôle et d'instrumentalisation du corps des femmes⁶⁷.

Quelques femmes belges en fin de trentaine parlent de la découverte du plaisir féminin et d'un mouvement social sans lequel, « je ne sais pas si ça nous servirait à grand-chose d'avoir la pilule ou pas », soulignant ainsi l'enjeu global d'un accès libéralisé à la contraception : la revendication en amont était bien celle de l'autonomie des femmes, de la libération d'une assignation à la maternité pour mieux s'épanouir dans leur vie sexuelle et reproductive. Il y a encore du chemin à faire !

Des femmes, quel que soit le milieu social, culturel, professionnel dans lequel elles évoluent, soulignent aussi les inégalités dans l'accessibilité aux infos et moyens de contraception suivant des enjeux socio-économiques et culturels.

Les préoccupations et les priorités des femmes changent selon leur génération, l'étape de vie dans laquelle elles se situent. La question de la transmission les réunit cependant. Elles nous ont permis d'avoir un aperçu de la situation actuelle de leurs vécus très diversifiés. Qu'attend la jeune génération ?

Pour les jeunes femmes de moins de 30 ans, la contraception idéale serait :

« Partagée par les deux »

« Que ça échappe au pouvoir économique, que ce soit accessible à toutes les femmes du monde de la même façon, qu'il y ait une dimension sociale, que ce soit naturel, qu'il n'y ait aucun truc artificiel sur la santé, ou chimique,... je suis en train de faire une liste ! »

« Apprendre à se connaître soi-même et connaître son corps dans un processus contraceptif » pour un meilleur choix et une plus grande efficacité.

« Le jour où les hommes auront une responsabilité par rapport aux enfants ! »

Suite à cette exclamation, la jeune femme exprime deux choses : le fait que les hommes soient aussi sensibles que les femmes par rapport à l'acte sexuel comme potentiellement procréateur, et donc à la responsabilité que cela implique d'évaluer si c'est un bon moment ou pas pour passer à l'acte. La deuxième chose est le souhait pour les femmes d'une meilleure connaissance de leur cycle, une meilleure « conscience de leur corps » pour une négociation plus ferme des rapports sexuels, au plus près de ce qu'elles souhaitent ou pas.

Quelle que soit la méthode, « le risque zéro n'existe pas », constate une formatrice en PFN, « (...) à partir du moment où un couple ne veut pas d'enfant, c'est un peu comme pour dire 'moi je veux une méthode qui est sûre à 100%'. Et ça c'est le truc qui n'est pas possible ».

Une réalité difficile à intégrer et à gérer dans une société où tout est sous contrôle. Y compris le corps des femmes. Si l'on sait combien la motivation et la confiance par rapport à une méthode participent à son efficacité, celle-ci doit par conséquent pouvoir être choisie sur base d'informations les plus objectives et complètes possibles. C'est un droit !

« Il est clair aujourd'hui que la maîtrise de la fécondité ne relève pas d'un coup de baguette magique ni de quelques lois bienfaitantes. » conclut Yvonne Knibiehler⁶⁸, constatant l'avancée lente de la recherche scientifique, et revenant sur l'enjeu psychologique de l'ambivalence légitime des femmes par rapport à leur désir d'enfant, et surtout « l'asymétrie des relations sexuelles entre les hommes et les femmes. »

67. Les Femmes Prévoyantes Socialistes ont lancé une campagne à ce propos, suite à une petite enquête : <http://www.planningsfps.be/federation/actions/Nos-campagnes/Pages/Virginitemettezlespointssurlesi2009.aspx>

68. Yvonne KNIBIEHLER, *op. cit.*, p. 252

« Souvent on nous parle de libération des femmes et c'est en fait la libéralisation de la sexualité, c'est le contraire de ce qu'on dit, qu'on n'est pas au contact de soi et qu'on fait l'amour quand on veut, où on veut, etc. (...) Bien souvent, la libéralisation de la sexualité, elle va dans le sens contraire de la libération des femmes par rapport à leur sexualité. » remarque très justement une jeune femme.

Disponibilité sexuelle, disponibilité professionnelle, nous avons vu les enjeux de ce qui devrait être une liberté de choix de vie et un mieux-être : de nouvelles pressions jaillissent au détour d'évolutions pourtant symboliquement porteuses, tant que la société n'a pas fait son chemin vers un réel objectif d'émancipation sans intérêts patriarcaux ou économiques derrière. Peut-être le recul n'est-il pas suffisant. 50 ans, c'est peu au regard de l'Histoire. Mais cela signifie que les acquis sur lesquels beaucoup s'endorment ne sont qu'une étape de la lutte menée jusqu'alors, la récupération n'étant jamais loin.

La diversité des discours rencontrés nous ramène au constat que la liberté associée à la contraception hormonale est relative, même si cela représente objectivement un outil de libération. Les femmes se retrouvent prises dans des enjeux de normes : entre les représentations sociétales et familiales relatives à la santé, au corps, au genre, à la sexualité. Ce qui est transmis au niveau familial, que ce soit en accord ou en décalage par rapport aux normes de la société, reste un repère dans le parcours de vie qui est propre à chacune, face auquel se positionner entre opposition et conformité. Du côté de la norme sociétale, l'assignation à un rôle, renforcée par les médias et le corps médical, est plus difficile à mettre en balance pour aller vers un choix libre. « Pour la femme, de la puberté à la ménopause, la question de sa fécondité et, en conséquence, celle du choix, est centrale : entre doutes et certitudes, peur et jubilation, maîtrise et impuissance, révolte et soumission, désir et refus. Comment vont-elles opérer ces choix ? Ont-elles réellement le choix de disposer de ce corps si convoité, ou doivent-elles toujours subir, être sous tutelle et répondre de l'ordre sociétal ? »⁶⁹

Une réappropriation des concepts de santé et de reproduction par les femmes est nécessaire. La législation internationale parle de droits sexuels et reproductifs, formule qui ne figure toujours pas dans les textes légaux en Belgique : une reconnaissance nécessaire de ces droits devra en outre s'accompagner d'une application de ceux-ci dans une perspective réellement émancipatrice. Cela passe par la sensibilisation des professionnel.le.s de la santé, en tant que vecteurs de valeurs, un processus de réflexion concertée sur l'adéquation entre l'objectif visé et leur manière de travailler, une meilleure formation des médecins à la fois technique et relationnelle vis-à-vis des patient.e.s. Leurs positions ont un impact non négligeable et réviser celles-ci paraît essentiel, même si les pair.e.s et les médias semblent les supplanter. Internet et autres TIC sont accessibles en tant qu'outils pouvant être utilisés aux mêmes fins, rappelons-le.

Les femmes, nous l'avons vu au long de leurs témoignages, ont des ressources et naviguent entre le discours dominant et leur propre expérience avec plus ou moins de satisfaction. Des espaces d'échanges leur sont indispensables, qui diffèrent de la consultation médicale ou de la famille. Nous avons pu le constater au cours de nos interviews. Des initiatives en ce sens ont vu le jour⁷⁰ et démontrent, en suivant les processus frères de promotion de la santé et d'éducation permanente, qu'un choix libre et éclairé trouve les ingrédients qui lui sont nécessaires dans la rencontre collective : exprimer ses besoins, échanger ses expériences, réveiller son sens critique et analyser les différents discours et enjeux, reprendre confiance en ses compétences, connaître et revendiquer ses droits.

69. Marie-Laure BRIVAL, *op. cit.*, p. 77

70. Prenons l'exemple de l'association de promotion de la santé Femmes et Santé qui propose ce type d'échanges. Voir leur programme d'activités sur : <http://www.femmesetsante.be>

Bibliographie

Ouvrages

- Etienne-Emile BEAULIEU, Françoise HERITIER, Henri LERIDON (Dir.), *Contraception, contrainte ou liberté?*, Paris, Odile Jacob, 1999
- Hélène BRETIN, *Contraception: quel choix pour quelle vie?*, INSERM, 1992
- Dominique CHATAIN, *Danger Pilule*, Copernic, 1980
- Collectif pour la santé des femmes, *Notre corps, nous-mêmes*, Paris, Albin Michel, 1977
- Barbara ERHENREICH, Deirdre ENGLISH, *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Montréal, Ed. du Remue-ménage, 2005
- Valérie HAUDIQUET, Maya SURDUTS, Nora TENENBAUM, *Une conquête inachevée: le droit des femmes à disposer de leur corps*, Paris, Ed. Syllepse, 2008
- Yvonne KNIBIEHLER, *Mémoires d'une féministe iconoclaste*, Paris, Hachette, 2010
- Susun WEED, *Le trèfle de vie*, Genève, Mamamélis, avril 2004
- Martin WINKLER, *Contractions mode d'emploi*, Paris, J'ai lu, 2007
- Céline AUDOUARD, *À l'heure où les moyens contraceptifs permettent de supprimer les règles, que représentent les menstruations dans la vie des femmes?*, UCL, 2009

Articles

- Céline AUDOUARD, « Histoire des règles », in : *Take back the night*, CEFA, 2010
- Nathalie BAJOS, Michèle FERRAND, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine? », in : *Sciences sociales et santé*, Vol. 22, n°3, 2004
- Laurence DARDENNE, « Comment bien choisir sa contraception? », in : *La Libre Belgique*, <http://www.lalibre.be>, mis en ligne le 16/06/2010
- Cyril DESJEUX, « La pilule hormonale féminine: De la fécondité 'féminine' à la fécondité 'conjugale' », in : *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 3 | 2008, mis en ligne le 01 octobre 2008, URL : <http://socio-logos.revues.org/1943>
- Stéphanie PACHE, *Au nom de la santé*, Colloque « Comment l'État fait-il notre lit? Le régulation des sexualités en Europe », ULB, 25-26 mars 2010
- Richard POULIN et Amélie LAPRADE, « Hypersexualisation, érotisation et pornographie chez les jeunes », <http://sisyphe.org/spip.php?article2268>, 7 mars 2006

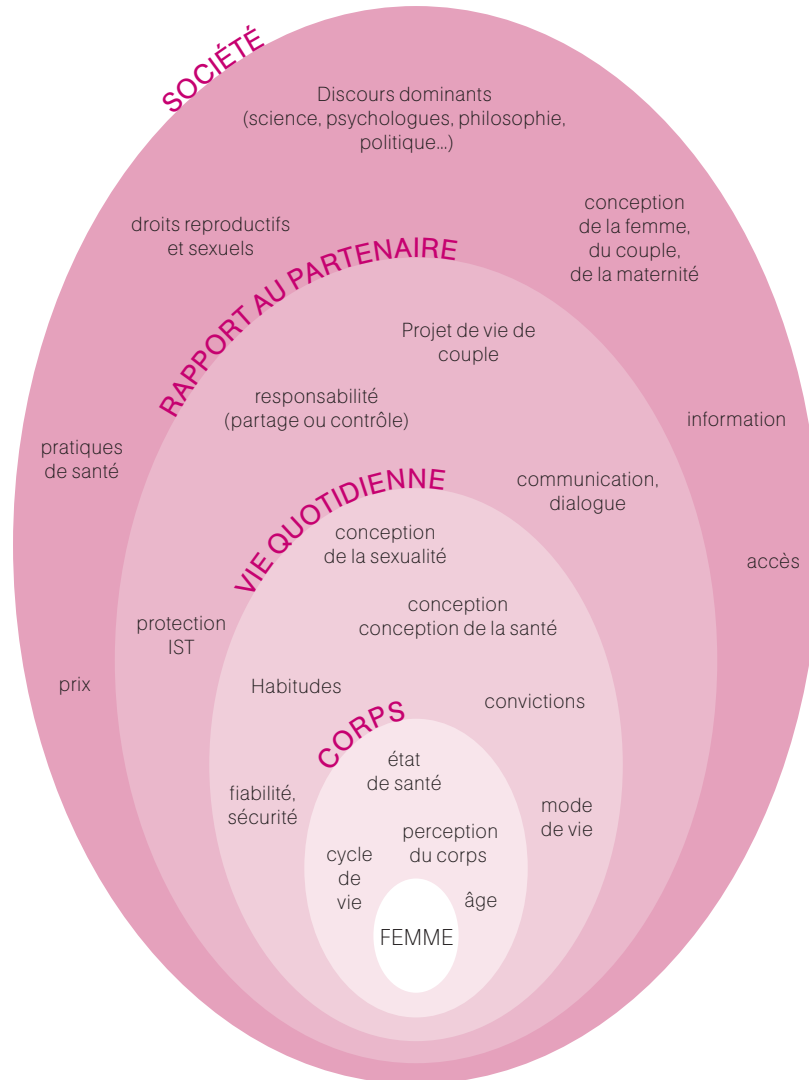
- Catherine ROBIN, « Ras-le bol de la pilule? », in : *Elle*, 9 avril 2010
- *Des femmes d'horizons différents face à la contraception*, Bruxelles, Questions santé, 2005
- « Contraception en 2010: qu'en pensent les femmes? », enquête SOLIDARIS, URL : <http://www.loveinrespect.be/amour-sante/etudes-et-enquetes.htm?lng=fr>
- « Contraception médicale et domination masculine renouvelée », in *Sociologie du genre* : <http://sociovoce.hypotheses.org/183>, 27 juin 2008
- *Enquête de santé par interview*, Institut Scientifique de Santé Publique, Belgique, 2004
- « Mam'zelle Angèle a arrêté la pilule », in : *Scum grrrls*, Bruxelles, printemps 2008

Sites

- <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception>
- <http://www.femmesetsante.be>
- <http://www.loveattitude.be>
- <http://www.planningsfps.be>
- <http://www.sips.be>
- <http://www.dita.de/fr>
- <http://martinwinckler.com>
- <http://www.lunayogafrance.com>
- <http://www.easycup.fr>
- <http://sisyphe.org>

ANNEXE 1

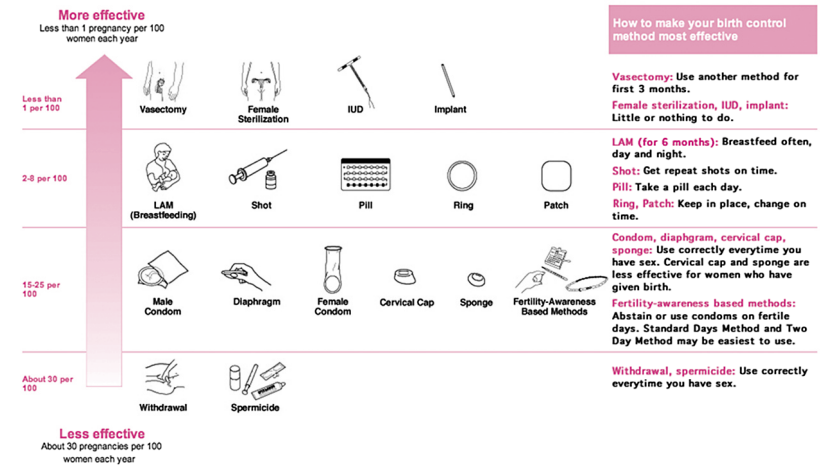
Contraception : enjeux



ANNEXE 2

Comparing effectiveness of birth control methods

Click on the picture of each birth control method to learn about it



Source: Adapted from WHO, 2007

ANNEXE 3

Profil des personnes et groupes interviewé.e.s à titre indicatif. Tou.te.s résident en Belgique francophone.

Parmi les professionnelles, l'interview a souvent débouché sur des témoignages privés, la thématique étant difficilement dissociable de leur quotidien de femmes.

PROFIL DES PROFESSIONNELLES INTERVIEWÉ.E.S				
nombre	âge	sexe	géographie	
			activité	
1	40	F	France/Belgique	Sage-femme
1	40	H	Congo/Belgique	Médecin dans le secteur associatif
1	40	F	Belgique	Formatrice PFN
1	37	F	Belgique	Formatrice PFN
1	40	F	Belgique/France	Assistante sociale en ambulatoire
1	40	H	Belgique	Assistant social, animation, accueil en CPF
1	70	H	Belgique	Gynécologue pensionné, rédacteur en chef d'une publication sur la contraception
10	30-50	F	Belgique	Équipe de CPF
1	30	F	Belgique	Psy en CPF
1	30	F	Belgique	Éducation permanente
3	29-48	F	Belgique	Équipe Education permanente
7	38-60	F	Belgique/Autriche/Afrique	Réseau Promotion de la santé

PROFILS DES FEMMES INTERVIEWÉES

nombre	âge	géographie	activité	Vie affective
4	25-30	Belgique, France	Emploi non marchand, étudiantes, bénévoles	Couple, célibat, pas d'enfant
4	30-40	Belgique	Emploi non marchand, bénévoles	Couple, célibat
1	34	France	Emploi archiviste	Polygame
1	37	Belgique	Au foyer, bénévole	Couple, 3 enfants
1	43	Belgique	Emploi temps partiel administratif	Mariée, 3 enfants
3	50-60	Belgique, USA	Emploi non marchand, pensionnées	Mariées, enfants, petits-enfants
7	30-50	Belgique, Afrique sub-saharienne	Emploi non marchand, bénévoles	Mariées, en couple, célibataires, enfants, pas d'enfant
1	40	Belgique	Professeure dans l'enseignement supérieur	Mariée 2 enfants
6	37-60	Belgique, Turquie, Maroc, Algérie, Italie, Kazakhstan	Au foyer, fréquentent une association	Seules ou mariées, enfants, petits-enfants
5	25-43	Russie, Belgique, Guinée, Ghana	En formation Insertion Socio-Professionnelle	Seules ou en couple avec et sans enfant
8	22-35	Turquie, Bulgarie	Au foyer, fréquentant des cours de français	Mariées, célibataires, avec ou sans enfant
10	22-48	Belgique, Congo, Algérie, Maroc, Thaïlande,	En formation Insertion Socio-Professionnelle	Mariées, célibataires, avec ou sans enfant

ANNEXE 4

Tableau comparatif des pourcentages d'efficacité selon l'indice de Pearl réalisé par la Fédération Québécoise pour le Planning Familial (<http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/efficacite.php>).

Les chiffres ne sont pas très différents dans nos contrées. C'est par contre rare de trouver un tableau qui reprenne l'ensemble des méthodes barrières et naturelles.

1. Données tirées du Consensus canadien sur la contraception, SOGC, février 2004.
2. Selon les données de la compagnie Janssen-Ortho.
3. Selon le Guide canadien sur la contraception : *Au-delà du plaisir*, SOGC, 2000.
4. Selon le Centre de santé des femmes de Montréal, la cape cervicale serait une méthode beaucoup plus efficace que ne le laisse supposer le milieu médical. Les recherches et les données du Centre indiquent que le taux d'efficacité de la cape varie de 93 à 98%.
5. La contraception orale d'urgence Plan B est efficace à 95% si elle est prise dans les premiers 24 heures après la relation sexuelle non protégée et tombe à 58% si elle est prise après deux jours (49 heures). Son taux d'efficacité moyen est de 89%.

EFFICACITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES ¹		
	Absence de grossesse pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
Méthode contraceptive	Utilisation courante	Utilisation correcte et systématique
Contraceptifs oraux combinés	92 - 94	99,9
Contraceptifs oraux ne contenant qu'un progestatif	Légèrement moins efficace que les contraceptifs oraux combinés	99,5
Injection contraceptive Depo-Provera	99,7	99,7
Timbre contraceptif ²	n / d	99
Stérilet [note 3]	98	98
Anneau vaginal	n / d	n / d
Condom masculin	86	97
Condom féminin	79	95
Cape cervicale (femmes sans enfant) ³	80	91
Cape cervicale (femmes avec enfant) ⁴	60	74
Diaphragme	80	94
Éponge	74	94
Spermicides	74	94
Billings	80	91 - 99
Calendrier	80	91 - 99
Symptothermique	80	91 - 99
Thermomètre	80	91 - 99
Retrait	81	96
Ligatures	99,5	99,5
Vasectomie	99,8	99,9
Contraception orale d'urgence ⁵	58 - 95	
Aucune méthode	15	15

CEFA asbl
www.asblcefa.be



Avec le soutien de la Communauté Française de Belgique



et de la Province du Brabant wallon

