

École doctorale de l'EHESS

Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS)

Doctorat

Discipline : sociologie

CÉCILE THOMÉ

**La sexualité aux temps de la
contraception**

*Genre, désir et plaisir dans les rapports
hétérosexuels (France, années 1960 - années 2010)*

Thèse dirigée par : Michel Bozon (Directeur de recherche à l'Ined, chercheur associé à l'IRIS/EHESS)

Date de soutenance : 18 novembre 2019

Rapporteuses 1 Nathalie Bajos, Directrice de recherche, Inserm
2 Anne Paillet, Professeure de sociologie, Université Paris 1
Panthéon-Sorbonne, CESSP

Jury 1 **Nathalie Bajos**, Directrice de recherche, Inserm
2 **Delphine Gardey**, Professeure ordinaire, Université de Genève
3 **Olivier Martin**, Professeur de sociologie, Université de Paris, CERLIS
4 **Anne Paillet**, Professeure de sociologie, Université Paris 1 Panthéon-
Sorbonne, CESSP
5 **Régis Schlagdenhauffen**, Maître de conférences, EHESS, IRIS
6 **Michelle Zancarini-Fournel**, Professeure émérite d'histoire,
Université Claude Bernard-Lyon 1, LARHRA

Résumé

La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960 - années 2010)

Ce travail de thèse porte sur les recompositions de la sexualité hétérosexuelle et des rapports de genre en France, depuis les années 1960, dans un contexte de généralisation de l'utilisation de la contraception médicale. Il vise à faire la sociogenèse des scripts de la sexualité « contraceptée », que cette contraception soit assurée par des moyens « médicaux » (méthodes hormonales, stérilet au cuivre, stérilisation), des méthodes barrières (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, spermicides) ou encore par des méthodes alternatives souvent qualifiées de « naturelles », comme le retrait ou les méthodes d'auto-observation (méthode Ogino, méthode des températures, méthode Billings, méthode symptothermique). Le travail s'appuie sur trois types de matériaux : des données d'archives et des témoignages écrits, une analyse secondaire de données quantitatives et 71 entretiens semi-directifs avec des hommes et des femmes ayant entre 20 et 84 ans. Il s'agit, à partir de ces matériaux, de rendre compte des représentations naturalisées de la sexualité, du désir et du plaisir sexuels, ainsi que des rapports de pouvoir qui sont mis au jour par l'étude concrète des pratiques contraceptives et sexuelles.

La thèse restitue d'abord la construction et le déroulement de l'enquête, en interrogeant épistémologiquement la sexualité aux différentes ères de la contraception. Il s'agit de réfléchir à la construction d'un objet qui ne va pas « de soi », ainsi que de mener une réflexion méthodologique sur les conditions de possibilité d'une telle recherche sur la sexualité. Puis c'est une démarche sociohistorique qui est adoptée, avec l'étude de l'évolution de l'articulation entre sexualité et contraception, en particulier autour de la diffusion de la contraception médicale (années 1960-1970) et de celle du préservatif (années 1980-1990). La recherche montre que le plaisir sexuel des femmes n'est pas né avec la pilule, mais également que les rapports de genre autour de la sexualité se sont largement recomposés dans cette période, alors que la contraception passait du statut de compétence masculine à celui de responsabilité féminine. En se centrant ensuite sur le milieu des années 2010, la thèse s'appuie sur l'étude détaillée des pratiques contraceptives, pour approcher la sexualité et les réflexivités sexuelles créées par chaque méthode. Revenant successivement sur les méthodes médicales, les méthodes barrières et les méthodes alternatives de contraception, elle met au jour trois types de réflexivité sur la sexualité (attentive, obligatoire et amplifiée). Le travail contraceptif impliqué par chaque méthode y est également interrogé, de même que ses effets en matière de désirs, de plaisirs et de pratiques sexuelles. Enfin, ce travail met en évidence, grâce à l'étude de la contraception, certains fondements de la sexualité hétérosexuelle contemporaine. Ce sont en particulier la force de la réciprocité, la centralité de la pénétration pénovaginale et la nécessité des disponibilités physique et émotionnelle pour le bon déroulement du script « banal » qui sont mises en évidence, ainsi que le travail des femmes sur la sexualité pour produire la spontanéité de ce script.

Mots-clés : sexualité, contraception, genre, réflexivité, scripts sexuels, santé, émotions, corps, hétérosexualité, travail contraceptif, plaisir, désir, générations, sociohistoire.

Abstract

Sexuality in contraceptive times. Gender, desire and pleasure in heterosexual relationships (France, 1960s - 2010s)

This thesis focuses on the recomposition of heterosexual sexuality and gender relations in France since the 1960s, in a context of widespread use of medical contraception. It aims to sociogenize the scripts of “contraceptive” sexuality, whether this contraception is provided by “medical” means (hormonal methods, copper IUD, sterilization), barrier methods (male or female condom, diaphragm, spermicide) or by alternative methods often referred to as “natural”, such as withdrawal or self-observation methods (Ogino method, temperature method, Billings method, symptothermic method). The work is based on three types of materials: archival data and written testimonies, secondary analysis of quantitative data and 71 semi-directive interviews with men and women between the ages of 20 and 84. Based on these materials, the purpose of this research is to report on naturalized representations of sexuality, sexual desire and pleasure, as well as power relations that are uncovered through the concrete study of contraceptive and sexual practices.

The thesis first gives an account on the construction and conduct of the survey, by epistemologically interrogating sexuality in the different eras of contraception. It is a question of reflecting on the construction of an object that is not “self-evident”, as well as of conducting a methodological reflection on the conditions of possibility of such a research on sexuality. Then a socio-historical approach is adopted, with the study of the evolution of the articulation between sexuality and contraception, in particular around the diffusion of medical contraception (1960-1970) and that of condoms (1980-1990). Research shows that women's sexual pleasure was not born with the pill, but also that gender relations around sexuality were largely recomposed during this period, as contraception shifted from male competence to female responsibility. Focusing then on the mid-2010s, the thesis is based on a detailed study of contraceptive practices, to approach the sexuality and sexual reflexivities created by each method. Returning successively to medical methods, barrier methods and alternative contraceptive methods, it reveals three types of reflexivity on sexuality (attentive, mandatory and amplified). The contraceptive work involved in each method is also examined, as well as its effects on desires, pleasures and sexual practices. Finally, this work highlights, through the study of contraception, some of the foundations of contemporary heterosexual sexuality. In particular, the strength of reciprocity, the centrality of penovaginal penetration and the need for physical and emotional availability for the smooth running of the “ordinary” script are highlighted, as well as women's work on sexuality to produce the spontaneity of this script.

Keywords: sexuality, contraception, gender, reflexivity, sexual scripts, health, emotions, body, heterosexuality, contraceptive work, pleasure, desire, generations, sociohistory.

Remerciements

Ce manuscrit est le résultat final de plusieurs années d'un travail loin d'avoir été solitaire. J'ai eu la grande chance d'être très entourée au cours de ce parcours, et sans celles et ceux qui m'ont encouragée, guidée, soutenue, qui ont partagé mes enthousiasmes comme mes peines, cette thèse ne serait pas la même. Je suis heureuse de pouvoir les en remercier ici.

Mes premiers remerciements vont à Michel Bozon, qui a dirigé cette thèse. Ses remarques, ses conseils, ses encouragements m'ont portée tout au long de la recherche. Je le remercie de sa disponibilité précieuse ainsi que de la rigueur avec laquelle il a suivi les différentes étapes de ce travail. Je me réjouis de continuer à dialoguer avec lui dans les années à venir.

Je remercie les membres du jury, qui ont accepté de relire ce travail et avec qui je suis très heureuse de pouvoir le discuter bientôt. Merci à Nathalie Bajos, Delphine Gardey, Olivier Martin, Anne Paillet, Régis Schlagdenhauffen et Michelle Zancarini-Fournel.

Je remercie également celles et ceux qui ont fait la chair de cette thèse. D'abord, les enquêté-e-s, qui m'ont fait confiance et ont accepté de me confier leur(s) histoire(s). Merci également aux différent-e-s intermédiaires qui m'ont permis de les rencontrer, en particulier les CIDAG de Lyon, le Planning familial de Villeurbanne, le docteur N. ainsi que Michèle Ferrand. Merci également aux bibliothécaires de la bibliothèque Marguerite Durand pour leur disponibilité et leur efficacité. Enfin, merci à Nathalie Bajos et Caroline Moreau de m'avoir autorisée à utiliser les bases de données des enquêtes Fecond 2010 et Fecond 2013, ainsi qu'à Henri Panjo qui a pris le temps de me les transmettre.

J'ai eu la chance, au cours de mes années de doctorat, d'avoir pu jouir d'excellentes conditions matérielles, sans lesquelles la thèse n'aurait sans doute pas été un tel plaisir. D'abord, j'ai bénéficié d'un contrat doctoral alloué par l'ENS de Lyon, où j'ai aussi pu faire trois années d'activité complémentaire d'enseignement. J'ai ensuite obtenu un poste d'ATER à Sciences Po et, l'année suivante, à Sciences Po Grenoble. Ces contrats ont en outre été complétés par la Bourse de recherche pour les études de Genre de la ville de Paris, que j'ai eu le plaisir d'obtenir pour l'année 2017. Je remercie ces différentes institutions, sans lesquelles je n'aurais pu avancer dans mon travail aussi sereinement (et qui plus est sans avoir à déménager). Merci également à mon laboratoire, l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris), d'avoir constitué un environnement stimulant tout au long de cette thèse et de m'avoir permis de communiquer en France et à l'étranger.

Je remercie mes collègues de l'ENS de Lyon, et en particulier de la revue *Lectures*. D'abord parce que, grâce à elles et eux, j'ai eu tout au long de la thèse d'excellentes conditions matérielles de travail, en particulier en ayant accès à un bureau proche de mon domicile (et donc à une imprimante, à une cantine, à une sociabilité professionnelle, etc.). Merci en particulier à Pierre Mercklé pour son soutien tout au long de ces années et à Agnès Cavet pour m'avoir transmis une partie de son savoir encyclopédique de la typographie et de son attachement à la clarté de l'expression. Au sein de *Lectures*, merci également à Frédérique Giraud, Emmanuelle Picard et Afifa Zenati. Merci aussi à Christine Détrez et Marie Vogel d'avoir veillé sur le début de mon parcours de sociologue. Je remercie également Julien Barnier et Karine Pietropaoli pour les années du *dataspace* et, plus généralement, pour leur aide lors de

mes premiers pas avec R. Enfin, merci à Emmanuel Buisson-Fenet et Marion Navarro pour leur accueil dans l'équipe de choc des colleurs/ses du Parc.

Cette thèse s'est également nourrie d'échanges et de discussions avec des chercheur/ses qui m'ont énormément aidée. D'abord, avec Jennifer Johnson-Hanks, qui a été ma tutrice à l'université de Berkeley et que je remercie de m'avoir fait faire, bien avant qu'elle ne débute, une partie des lectures qui m'ont donné envie de mener cette recherche. Merci à Marie Bergström de ses conseils à l'orée de la thèse. Je remercie également énormément Michèle Ferrand de sa disponibilité au début de ce travail et de ses conseils (ainsi que de sa bibliothèque !). Merci beaucoup à Michelle Zancarini-Fournel pour le temps qu'elle m'a accordé quand j'ai amorcé le volet historique de ce travail. Un grand merci à Isabelle Clair et Florian Vörös, dont les conseils en amont des « Doctoriales » de l'Iris ont été très précieux. Merci également à Hélène Bretin et Delphine Gardey pour leurs remarques et leurs encouragements lors de mon comité de thèse. Plus généralement, merci à toutes celles et tous ceux qui m'ont permis de présenter ou de publier des aspects de ce travail et, j'espère, de l'améliorer tout au long de sa réalisation.

J'ai eu la chance de bénéficier de beaucoup de paires d'yeux attentifs et d'esprits acérés pour relire ce manuscrit. Merci à ma *team* de relecteurs/trices. Ils et elles ont trouvé des erreurs que même Antidote n'avait su détecter et ont amorcé des discussions que j'espère continuer bientôt, autour de toutes ces bières que je leur dois. Merci à Mona Claro, Lucie Jégat, Aurore Koechlin, Mireille Le Guen, Marion Maudet, Lucy Michel, Anne-Charlotte Millepied, Vanina Mozziconacci, Corentin Roquebert, Alexandra Roux, Lucile Ruault, Laura Tatoueix et Maxime Triquenaux.

Cette thèse n'aurait pas été la même sans les deux « Labos juniors » au sein desquels j'ai fait mon apprentissage des « à-côtés » de la recherche en même temps que j'ai pu échanger avec d'autres jeunes chercheurs/ses. De 2014 à 2018, j'ai eu le bonheur de codiriger GenERe (« Genre : épistémologie & recherches »), laboratoire junior de l'ENS de Lyon, avec Vanina Mozziconacci. Un immense merci à elle pour son efficacité, sa rigueur, sa bienveillance et son intelligence. En plus de m'avoir initiée à l'astrologie, elle m'a réconcilié avec la philosophie – et toutes nos occasions de travailler ensemble sont pour moi des moments de clarté. Merci aussi à Lucy Michel, pour la grammaire, l'anglais, la gymnastique et l'amitié dévouée, ainsi qu'à Laura Tatoueix pour le soutien sans faille et les vidéos de Mayos. Et merci à tou-te-s de faire avancer ensemble recherche et féminisme.

Depuis 2016, j'ai côtoyé, dans le laboratoire junior Contraception & genre, plusieurs jeunes chercheurs/ses dont les réflexions et les écrits ont nourri ma thèse. Un immense merci, en particulier, à Mireille Le Guen et Alexandra Roux, toujours disponibles pour préciser une idée, une date ou un chiffre manquants (qu'elles avaient de toute façon souvent en tête), mais surtout pour en discuter autour d'un verre. Merci également à Mona Claro, précieuse « grande sœur de thèse », Julie Ancian, Leslie Fonquerne, Cyrille Jean, Aurore Koechlin, Anne-Charlotte Millepied, Mylène Rouzaud-Cornabas et Cécile Ventola. Enfin, merci beaucoup à Marie Mathieu et Lucile Ruault, avec lesquelles les discussions ont toujours été chouettes en plus d'être enrichissantes, ainsi qu'à Laurine Thizy, ma comparse lyonnaise. Savoir toujours à qui écrire pour avoir une précision est précieux, et j'ai conscience de la chance que j'ai eue de faire une thèse dans un champ en pleine émulation et rempli de personnes passionnées. Merci à elles !

À Lyon, j'ai été entourée tout au long de cette thèse de personnes formidables. Un immense merci d'abord à Corentin Roquebert, mon compagnon de thèse, pour nos rendez-vous à 9h (9h10) (9h20 en fait) pour aller au bureau, pour toutes nos discussions, son enthousiasme pour des projets de recherches variés et (très) nombreux, ses conseils théoriques et d'analyse quantitative, tous les repas aux RU et tous les coups bus ensemble. Sans son retour, la vie lyonnaise n'aurait pas été la même. Un énorme merci également à mes deux complices de thèse : Marie Pachoud, pour son efficacité dans le travail et ses choix éclairés de procrastination, pour le soutien et pour l'amour immodéré de l'enseignement ; Laure Sizaïre, qui à Lyon comme à Moscou a toujours été là, pour son audace, sa créativité et les récits de ses aventures dans le sport, la rénovation et le reste. Merci aussi d'avoir été là à Benjamin Neyrand, sociologue par socialisation secondaire, à Rémi Rouméas, expert en jeux de mots improbables (ou incompris ?) et en reconnaissance des poissons de rivière, à Sofia Aouani, compagne enthousiaste des covoiturages Grenoble-Lyon et à Camille Martin, Lyonnaise d'honneur, ainsi qu'à Delphine Moraldo et Alexandre Vayer. Merci aussi à Aymeric Landot, Margaux Pierre, Louise Offroy et Sébastien Pautet pour leurs encouragements tout au long de ces années.

Ces années de thèse n'auraient pas été les mêmes sans deux personnes exceptionnelles. Un immense merci à Lucie Jégat et Marion Maudet pour leur amour et leur soutien inconditionnel, de Paris à Lyon en passant par Pau, Béziers et Lille. Merci à Lucie pour toutes ces années de sociologie ensemble, pour avoir toujours été là, pour ta patience et ta pédagogie, ton exigence intellectuelle et ton amitié hors du commun. J'ai de la chance. Merci à Marion, ma « jumelle » de thèse : nous avons commencé le même jour, nous terminons le même jour. Faire ces thèses ensemble a été un bonheur : pouvoir se soutenir, s'encourager, se relire, se rassurer, se conseiller et avancer main dans la main, ce n'est pas donné à tout le monde. Merci de ta gentillesse, de ton enthousiasme, de ta disponibilité : merci de ta présence.

Merci également à mes parents, Catherine et Jean-Luc, pour leurs encouragements, leur soutien précieux et leur patience devant l'invasion estivale (plus ou moins studieuse) de Saint-Pierre chaque année, à Nathalie et Pierre-Yves, *coolest siblings* que l'on puisse avoir, pour leur enthousiasme et leur féminisme, à ma grand-mère Thérèse-Marie pour le gîte, le couvert, les verres et tout le reste, à mes grands-parents Jacqueline et Pierre pour leur attention et leurs encouragements (et pour les tartes aux pommes), à Danièle qui montre la voie à suivre ainsi qu'à Fabienne et Jean-Phi chez qui il fait si bon faire autre chose que de la recherche. Je remercie aussi Marie-Christine et Christophe pour leur soutien. Un grand merci aux « filles de Verrières », Marion, Aude et Pauline, et en particulier à Amélie et à Lorraine pour tous les encouragements et pour le réconfort.

Enfin, merci à Maxime. Nous avons commencé nos thèses ensemble et vécu côte à côte les hauts et les bas, les grands bonheurs et les désespoirs, les enthousiasmes et les peurs. Merci évidemment pour les Paris-Brest, les daïquiris et toutes les joies de notre quotidien, mais merci surtout d'avoir toujours été là pour moi, d'avoir été patient envers mes plaintes, exigeant dans tes relectures, généreux dans tes compliments – merci de m'entourer d'amour. J'ai hâte de vivre la suite ensemble.

Sommaire

Résumé	3
Abstract	5
Remerciements	7
Sommaire	11
Remarques préliminaires	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE. (RE)PENSER LA SEXUALITÉ ET LA CONTRACEPTION	15
PREMIÈRE PARTIE. À LA RECHERCHE DE LA BANALITÉ (HÉTÉRO)SEXUELLE	35
CHAPITRE 1. Enquêter sur la sexualité contraceptée	39
CHAPITRE 2. Faire parler de la sexualité contraceptée	81
DEUXIÈME PARTIE. GENÈSE DE LA SEXUALITÉ CONTRACEPTÉE	133
CHAPITRE 3. Comment la « peur au ventre » devint un enjeu public	137
CHAPITRE 4. Une maîtrise masculine pour une harmonie conjugale ?	171
CHAPITRE 5. De la diffusion de la pilule à la banalisation du préservatif	217
TROISIÈME PARTIE. ENTRE RESPONSABILITÉS ET RÉFLEXIVITÉS, TROIS SCRIPTS QUI FONT LE GENRE	271
CHAPITRE 6. Une contraception médicalisée, féminisée et déssexualisée	275
CHAPITRE 7. Les méthodes barrières : perturbation du script ordinaire et réflexivité obligatoire	325
CHAPITRE 8. Étudier les pratiques contraceptives alternatives pour repenser la sexualité « naturelle »	375
QUATRIÈME PARTIE. ÉCHANGE DES PLAISIRS ET TRAVAIL DES DÉSIRES	425
CHAPITRE 9. La place de la pénétration pénovaginale dans l'échange hétéronormé des orgasmes	429
CHAPITRE 10. L'envers de la spontanéité : le travail genré sur la sexualité	475
CONCLUSION GÉNÉRALE. LA SEXUALITÉ AUX TEMPS DE LA CONTRACEPTION	515
BIBLIOGRAPHIE	529
ANNEXES	567
Table des annexes	591
Tables des figures, graphiques et tableaux	592
Table des matières	595

Remarques préliminaires

Note sur l'écriture inclusive

La thèse est rédigée selon des pratiques d'écriture inclusive, en suivant les préconisations du rapport « Pour un usage non discriminant de la langue française¹ ».

J'ai choisi d'utiliser le point médian pour les noms, adjectifs et participes passés dont les formes féminine et masculine ne diffèrent que par la présence ou l'absence d'un suffixe en « -e » (les enquêté·e·s sont tou·te·s présent·e·s et disponibles), ainsi que la barre oblique pour les noms et adjectifs faisant apparaître des suffixes différents au masculin et au féminin (les rapporteurs/teuses sont observateurs/trices ; le/la chercheur/se).

J'ai par ailleurs adopté l'accord de proximité : « les filles et les garçons sont beaux et enjoués », mais « les garçons et les filles sont belles et enjouées ».

Note sur les traductions

Les citations en français renvoyant à des textes non traduits ont été effectuées par mes soins. Dans ce cas, les extraits traduits sont systématiquement reportés en langue originale en note de bas de page. Afin d'alléger la lecture, je n'ai pas précisé à chaque fois que j'avais moi-même effectué la traduction.

Liste des abréviations

- **CIDAG** : Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
- **DIU** : dispositif intra-utérin (également appelé « stérilet »)
- **IST** : infections sexuellement transmissibles
- **IVG** : interruption volontaire de grossesse
- **MAO** : méthodes d'auto-observation
- **MFPP** : Mouvement français pour le planning familial
- **MLAC** : Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception
- **MST** : maladies sexuellement transmissibles

¹ Rapport publié en 2015 par Christine Planté, professeure en littérature française, et Yannick Chevalier, maître de conférences en langue française. Source : <http://16.snuipp.fr/IMG/pdf/PourUneLangueNonDiscriminante.pdf>, consulté le 3 mars 2016.

Introduction générale

(Re)penser la sexualité et la contraception

Il est grand temps de parler du sexe.

Gayle Rubin, « Penser le sexe », 2010a [1984], p. 136.

Étudier la sexualité aux temps de la contraception, c'est aborder une question qui n'est pas posée. Les objets, les méthodes et les techniques contraceptives, qui permettent de dissocier sexualité et procréation, semblent devenir invisibles dès lors que l'on s'interroge sur la sexualité hétérosexuelle – comme si les changements historiques des formes et des modalités de contraception depuis les années 1960 n'avaient en rien affecté les représentations et les pratiques sexuelles. Les opérations auxquelles procèdent les individus pour contrôler leur fécondité seraient-elles « neutres » en matière de sexualité ?

Cette invisibilité de la contraception dans la sexualité tient sans doute à son association avec l'idée de « libération sexuelle ». En France, celle-ci aurait émergé dans le sillage de la mobilisation sociale ayant abouti à la légalisation et à la large diffusion des méthodes médicales de contraception, avec la loi Neuwirth de 1967. Ce changement législatif a permis une maîtrise plus efficace de la fécondité et a largement affranchi la sexualité de la peur des grossesses non désirées. Mais l'arrivée de la contraception médicale aurait également balayé, pense-t-on, les normes morales qui réprimaient traditionnellement la sexualité, et en particulier la sexualité des femmes. Ainsi, selon Françoise Héritier, « la prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité revient pour elles à sortir du lieu de la domination » (1999, p. 48). Présente aussi bien dans le sens commun que dans le champ intellectuel, cette thèse d'une « libération sexuelle » soudaine, en particulier pour les femmes, induit l'idée d'une forme d'accomplissement définitif – comme si, en matière de sexualité, tout était résolu. Il n'y aurait plus rien à voir.

Dès lors, l'articulation des *différentes formes* de contraception avec *les pratiques et représentations sexuelles elles-mêmes* et les rapports de genre est rarement interrogée. Or, si l'on postule que la contraception est un élément de la sexualité susceptible de prendre des formes variées, aux implications complexes et multiples, alors la sexualité hétérosexuelle considérée comme « naturelle » est une sexualité particulière : une sexualité *contraceptée*.

1 La sexualité contraceptée comme « devinette »

C'est la lecture d'un ouvrage en particulier qui m'a poussée à interroger la sexualité à travers la contraception : celui de deux historien-ne-s anglais-es, Simon Szreter et Kate Fisher, intitulé *Sex Before the Sexual Revolution. Intimate Life in England 1918-1963* (2010), et en particulier un chapitre intitulé « Birth control, sex and abstinence ». Dans celui-ci, la contraception – ou plutôt l'absence de contraception fiable – apparaît déterminante pour comprendre non seulement les pratiques et les

comportements sexuels, mais également les manières de ressentir et de dire les plaisirs et les désirs. Si l'on peut dire que la peur d'une grossesse façonne la sexualité, pourquoi penser que le fait de *ne plus avoir peur* ne la façonne pas également, d'une autre manière ? Avec Alain Corbin, je pense ainsi qu'« on ne saurait étudier le *birth control* indépendamment de l'histoire des figures de la volupté » (1986, p. 269). Le recul historique, en permettant de dénaturiser la situation contemporaine, encourage également à questionner un « état de nature » de la sexualité – et incite, donc, à étudier ce qui fonde la forme contemporaine de la sexualité.

L'étude de ce que le préservatif comme *objet sexuel* faisait à la sexualité des jeunes a ensuite affermi ma perspective de recherche. Dans le cadre d'un mémoire de master 2 intitulé *Le préservatif, un objet au cœur des scripts hétérosexuels*², j'ai en effet questionné la matérialité de cet objet. Plutôt que de réfléchir uniquement en termes de santé publique et de « risque », il s'agissait de voir comment il s'inscrivait dans différents scénarios culturels de la sexualité et la manière dont il dérangeait, ou non, les scripts interpersonnels. Et si le préservatif façonne lui aussi la sexualité, comme pouvait le faire l'absence de contraception ou des moyens peu efficaces, pourquoi cela ne serait-il pas le cas des autres moyens de contraception contemporains ?

C'est de ces interrogations qu'est né mon intérêt pour la « sexualité contraceptée » : sur un objet commun, la sexualité hétérosexuelle « ordinaire », il s'agissait de poser un regard neuf. C'est donc à une forme d'*estrangement* (Ginzburg 2001 [1998]) de la sexualité qu'invite cette thèse. En suivant une démarche allant à l'encontre des effets de routinisation et de banalisation des perceptions, il s'agit en fait de chercher, par le biais de la description minutieuse ou du décalage de point de vue, à rendre un objet étrange ou inédit pour mieux l'appréhender. Comme l'indique Carlo Ginzburg, « pour voir les choses, il nous faut avant tout les regarder comme si elles étaient parfaitement dénuées de sens – comme des devinettes » (*Ibid.*, p. 21). C'est à la « devinette » que constitue la sexualité hétérosexuelle dans toute sa « banalité » que cette thèse cherche à répondre.

Pour cela, ce travail explore la construction de la sexualité à partir d'une attention précise aux méthodes de contraception sur lesquelles elle repose. Cette recherche s'appuie sur une étude des expériences individuelles, et non sur une analyse des politiques publiques, des décisions économiques ou encore du fonctionnement de la sphère médicale en matière de contraception³. Elle vise ainsi à (re)penser tant « la sexualité » que « la contraception ».

² Réalisé à l'EHESS, en 2013-2014, sous la direction de Michel Bozon.

³ Sur ces différents sujets, on pourra consulter d'autres thèses, récentes ou en cours, sur la contraception. Voir notamment le site internet du laboratoire junior « Contraception & Genre », qui réunit de nombreux/ses jeunes chercheurs/ses travaillant aujourd'hui sur cette thématique en France, dans des perspectives diverses : sociologie, santé publique, histoire, science politique, démographie, anthropologie, etc. Source : <https://contraceptiongenre.wordpress.com/les-membres/>, consulté le 24 janvier 2019.

2 « Penser la sexualité pour penser le genre » ?

La sexualité est un sujet privilégié de discours et d'analyses. Bien que considérée comme relevant de l'intime, elle est largement commentée, décrite, discutée, voire condamnée quand elle ne respecte pas certains cadres. La société tout entière serait ainsi « sexualisée » à outrance, une « libération sexuelle » imputable à mai 68 aurait renversé des valeurs centenaires, la surexposition à la pornographie dès un jeune âge donnerait aux nouvelles générations une image faussée et dangereuse de la sexualité, etc. Mais au milieu de ces discours, ce sont les pratiques qui sont largement laissées de côté, si ce n'est pour les classer en pratiques « bonnes » ou « mauvaises » (Rubin 2010a [1984]). Pour analyser la sexualité, il faut donc chercher d'abord à décrire ce qu'est exactement un « acte sexuel » ; mais il faut également comprendre comment sexualité et rapports de genre s'articulent.

2.1 Décrypter une sexualité scriptée

Décrire la « banalité sexuelle », c'est d'abord la déconstruire. Or ce n'est pas chose aisée, tant « l'essentialisme sexuel », au sens que lui donne l'anthropologue états-unienne Gayle Rubin, est fort :

L'essentialisme sexuel [est] l'idée que le sexe est une force qui existe indépendamment de toute vie sociale et qui forme les institutions. L'essentialisme sexuel est fortement intégré à la sagesse populaire des sociétés occidentales, qui considèrent le sexe comme éternel, immuable, asocial et anhistorique. (Rubin 2010a [1984], p. 151)

Cette expression permet de mettre en évidence à quel point l'idée que la sexualité aurait été de tout temps identique et « naturelle » est répandue. La représentation d'une sexualité qui serait « construite » n'est pas nouvelle (Gagnon et Simon 1973 ; Foucault 1976). Mais, comme le fait remarquer la juriste et militante féministe Catharine A. MacKinnon, « on précise rarement de quel matériau, socialement, elle est construite, et encore moins qui construit, comment, quand, où » (2012 [1989], p. 107). Elle insiste en particulier sur la nécessité de porter une attention aux rapports de genre et à la manière dont ils s'articulent avec la sexualité. Pour mettre au jour les différents rapports de pouvoir qui modèlent la sexualité telle que nous la connaissons aujourd'hui en France, il faut alors pouvoir en explorer les différentes facettes.

L'analyse de la sexualité se fait le plus souvent à partir des discours à son sujet. Dans son étude des discours experts, à partir de sources écrites principalement médicales et théologiques, Michel Foucault a été l'un des premiers à remettre en cause, dans *La volonté de savoir*, ce qu'il qualifie d'« hypothèse répressive » :

La question que je voudrais poser n'est pas : pourquoi sommes-nous réprimés, mais pourquoi disons-nous, avec tant de passion, tant de rancœur contre notre passé le plus proche, contre notre présent et contre nous-mêmes, que nous sommes réprimés ? (Foucault 1976, p. 16).

Cette idée d'une prolixité du discours sur la sexualité est cependant remise en cause, en particulier par les historien-ne-s s'intéressant à l'histoire des femmes. Pour celles et ceux-ci c'est plutôt

la discrétion, souvent due à l'absence de connaissances, qui semblait de mise concernant la sexualité, en particulier féminine (Cook 2004). Sylvie Chaperon souligne bien cette différence genrée en s'intéressant au rapport de Simone de Beauvoir à ses pratiques homosexuelles, qu'elle a éludées dans ses *Mémoires* et qu'elle évoque de manière voilée dans une interview qui paraît la même année que *La volonté de savoir*. Elle se reproche dans celle-ci de n'avoir pas « cédé à cette injonction [de dire la vérité de sa sexualité] qui aurait été politiquement utile aux femmes pour leur libération » (Chaperon 2018, p. 283). Mais cette analyse concerne le *discours* de Beauvoir sur ses pratiques plutôt que celles-ci directement.

Pour analyser la sexualité, il faut plutôt déterminer d'abord ses contours empiriques. Selon des chercheuses états-uniennes, « la sexualité englobe tout un éventail d'expériences, du fonctionnement physiologique ou des sensations les plus immédiates jusqu'à une satisfaction plus large quant à soi et à sa vie sexuelle⁴ » (Higgins et Davis 2014, p. 4). Pour effectuer une recherche sur le sujet, il faut néanmoins préciser un peu cette description très large. Lorsque l'on évoque la sexualité, différentes dimensions doivent être prises en compte. D'abord, pour reprendre la typologie de Stevi Jackson, on peut distinguer entre trois dimensions « qui “dans la pratique [...] sont lié[e]s et se recourent” : 1) la sexualité comme “institution”, c'est-à-dire instituant ou participant à instituer la hiérarchie des sexes et des sexualités ; 2) la sexualité comme “expérience”, c'est-à-dire l'ensemble des “pratiques érotiques” ; 3) “les identités sociale et politique associées à l'hétérosexualité” » (Jackson 1996, p. 14 ; citée par Clair 2013, p. 93-94). Penser la sexualité de cette manière tripartite nous permet de mieux distinguer ces différents aspects – mais elle laisse largement de côté les aspects matériels qui entourent et rendent possible la sexualité (comme les conditions d'accès à la contraception) ainsi que ceux qui en découlent (comme le plaisir). Le corps est ainsi peu pris en charge par cette typologie, qui est traversée par la question des pratiques sexuelles mais la problématise peu et n'en fait pas un élément spécifique de l'analyse. Cette question de l'activité corporelle – et sexuelle – est saisie par l'enquête Analyse des comportements sexuels en France :

Une activité sexuelle désigne toute activité physique ou mentale liée à l'excitation sexuelle d'au moins une personne (caresse, masturbation, pénétration, minitel rose, lecture de journaux érotiques...). Parmi les activités, on distingue les pratiques sexuelles, types de contacts corporels non nécessairement mutuels, liés à l'excitation sexuelle d'au moins une personne. (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993, p. 33-34)

À partir de cette définition, on peut dire alors que la sexualité « implique nécessairement la coordination d'une activité mentale, d'une interaction sociale et d'une activité corporelle, qui doivent toutes trois être apprises » (Bozon 2009a, p. 7). Il faut donc utiliser un cadre théorique permettant d'articuler ces différentes dimensions.

Pour rendre compte au mieux de la manière dont les individus coordonnent ces différentes activités, on peut se référer à la théorie des scripts, développée dès les années 1970 par John Gagnon et

⁴ “Sexuality encompasses a wide range of experience, from more immediate physiological functioning and sensation to broader satisfaction with one's sexual self and life.”

William Simon (1973). Elle offre un cadre théorique permettant de traiter ce problème. Les scripts ont un contenu sémantique multiple : le comportement « scripté » est ainsi un comportement « appris, codifié, inscrit dans la conscience, structuré, construit comme un scénario ou un récit » (Bozon et Giami 1999, p. 70). Le script est une séquence narrative ordonnée et cet ordre a une signification pour les acteurs qui en rendent compte. C'est l'existence de cette séquence qui permet la naissance, la reconnaissance et la désignation du désir et de l'excitation, et donc qui rend possibles, puis intelligibles, les comportements sexuels. Le script est donc un *récit* déroulé par l'individu, et ce à trois niveaux différents et liés les uns aux autres : les scénarios culturels, les scripts interpersonnels et les scripts intrapsychiques.

S'intéresser aux *scénarios culturels* répandus dans la population permet de déterminer leur poids selon les différents individus, chacun étant « considéré comme un membre plus ou moins actif du public auquel est destiné un apprentissage social, et qui peut être plus ou moins réceptif à ces prescriptions en fonction d'un certain nombre de variables (par exemple, l'âge, la classe ou l'ethnicité) » (Gagnon 2008, p. 84). Dans le cadre d'une analyse de la sexualité contraceptée, ce niveau d'analyse comprend la prise en compte à la fois des variables structurelles (économiques, géographiques, liées au niveau de diplôme, au sexe, à l'âge...) ainsi que de « l'imaginaire collectif » lié à la contraception. Il ne s'agit pas de dire que tout le monde suit ces scénarios, mais que tout le monde se situe par rapport à eux, en s'y conformant, en les laissant de côté ou en les remettant totalement en cause (Masters et al. 2013). Ces scripts particuliers s'articulent avec le niveau suivant, dans lequel ils s'insèrent : le niveau *interpersonnel*, à savoir la relation, les rapports de pouvoir en son sein et les négociations qui accompagnent la sexualité. Il faut déterminer comment la contraception est intégrée à la fois dans la relation et dans l'acte sexuel, et ce qu'elle y modifie : déroulement pratique, désirs, inquiétudes, etc. Enfin, la prise en compte du script *intrapsychique* implique de revenir sur le « contenu de la vie mentale » (Gagnon 2008, p. 84) : il s'agit de comprendre comment les envies, les fantasmes, les interprétations sont affectés par l'utilisation de la contraception.

Ces trois niveaux permettent de prendre en compte la contraception comme « élément » du script car, comme l'a montré Madeleine Akrich, les objets techniques sont créateurs de scripts spécifiques et « dans le même temps qu'ils produisent des modes d'organisation sociale, ils les naturalisent, les dépolitisent, leur confèrent un contenu autre » (2006, p. 178). Et dans le cas de la contraception, ce sont en particulier les rapports de genre et leur naturalisation qui sont au cœur des scripts.

2.2 La sexualité, reflet et foyer du genre

Le concept de genre s'appuie sur une partition entre deux catégories de sexe : l'hétéronormativité. On peut suivre la définition qu'en donne Cynthia Kraus :

Ce terme désigne le système, asymétrique et binaire, de genre, qui tolère deux et seulement deux sexes, où le genre concorde parfaitement avec le sexe (au genre masculin le sexe mâle, au genre féminin le sexe femelle) et où l'hétérosexualité

(reproductive) est obligatoire, en tout cas désirable et convenable. (Cynthia Kraus, « Note sur la traduction », in Butler 2005, p. 25)

On a donc affaire à une partition stricte entre deux sexes, qui s'exprime dès la naissance (voire en amont : Pélage et al. 2016), et sur laquelle il est possible de s'appuyer pour définir le genre. Le concept de genre contient quatre dimensions : il s'agit d'une construction sociale, d'une approche relationnelle, d'un rapport de pouvoir et il est intersectionnel. La définition suivante vise à les articuler :

Le genre peut ainsi être défini comme un système de bicatégorisation hiérarchisée entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin). (Bereni et al. 2012, p. 7)

Le genre est donc une forme particulière de rapport social, qui s'articule avec la sexualité (Clair 2013, p. 112-113). Dire que la sexualité est une manifestation des rapports sociaux de sexe ne semble pas suffisant, dans la mesure où le déroulement même du script sexuel participe à créer et/ou renforcer des inégalités de genre. En effet, dans toutes les interactions de la vie, les individus ont l'occasion de « faire le genre », c'est-à-dire de performer leur apparence et leur attitude de manière à être en accord avec les modèles de genre (West et Zimmerman 2009 [1987]). Mais, à l'inverse, limiter le genre à un effet des rapports sexuels – et plus, globalement, de l'hétérosexualité – semble également trop rapide. Si l'hétéronormativité qui s'exprime dans la sexualité participe bien de la création d'inégalités entre hommes et femmes, ces dernières se créent et se reproduisent également dans d'autres sphères sociales (le travail salarié, par exemple). Ce travail repose donc sur le postulat que la sexualité est à la fois un *reflet* et un *foyer* du genre.

Dans l'interaction entre sexualité et genre, c'est alors un « ordre du genre » qui se donne à voir, à savoir :

Une articulation possible entre la mise en ordre (le classement) hiérarchique des groupes de sexe et le rappel à l'ordre des normes de masculinité et de féminité (reposant notamment sur l'injonction pour les garçons à faire la preuve continue de leur désir hétérosexuel, et pour les filles de leur réserve sexuelle), dont une des fonctions sociales est d'organiser chaque groupe et la place de chacun-e dans son groupe attiré. (Clair 2013, p. 113)

En effet, le genre est un concept relationnel : en cela, il nous permet de penser la manière dont masculinités et féminités se déploient dans l'exercice de la sexualité. Il ne s'agit pas d'essentialiser « masculinité » et « féminité », mais au contraire de mettre en évidence leur dimension construite. Le genre implique des « modèles de masculinité » qui sont « socialement définis par comparaison avec et par opposition à un modèle (réel ou imaginaire) de féminité » (Connell et Messerschmidt 2015, p. 177). En suivant la théorie de Raewyn Connell, on peut distinguer des modèles dominants tant pour la masculinité que pour la féminité. La sociologue australienne différencie ainsi des masculinités « complices », « subordonnées » ou « marginalisées », qui s'articulent à une « masculinité hégémonique » définie comme « la configuration de la pratique de genre qui incarne la réponse acceptée à un moment donné au problème de la légitimité du patriarcat » et qui est donc « ce qui garantit (ou ce qui est censé garantir)

la position dominante des hommes et la subordination des femmes » (Connell 2014, p. 74). Le concept de « féminité accentuée », qui a néanmoins connu un succès académique plus limité, se définit à l’opposé par « la conformité au patriarcat » (Connell et Messerschmidt 2015, p. 177). Les deux positions s’articulent donc pour reproduire un certain ordre genré.

Si le genre constitue la perspective d’analyse principale de ce travail, cela ne signifie pas pour autant que d’autres sont moins opérantes. Le milieu social, par exemple, joue largement sur le rapport à la sexualité (voir par exemple, Skeggs 2015 [1997]). Or elle est largement sous-étudiée dans les études qualitatives sur la sexualité (Taylor 2011). Qu’il s’agisse de prendre en compte la classe, la race, l’âge, etc., les rapports sociaux sont à envisager de manière simultanée – et non pas additive – pour arriver à une analyse pertinente de l’expérience des individus. C’est ce que développent la sociologue Danièle Kergoat avec le concept de consubstantialité (2009, p. 112) ou la juriste états-unienne Kimberley Crenshaw avec celui d’intersectionnalité (2005 [1991]). C’est ainsi une attention à d’autres rapports sociaux que le genre qu’il faut porter attention pour rendre compte au mieux de la manière dont la sexualité est expérimentée au quotidien.

3 « La contraception », un objet à préciser

Les moyens d’éviter une grossesse sont nombreux et divers – de même que la manière dont ils s’articulent avec les pratiques, désirs, plaisirs et réflexivités sexuelles. Pour les distinguer, de nombreux critères peuvent être utilisés. Le site internet de référence sur la contraception, mis en ligne par Santé publique France⁵, établissement public placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, propose par exemple des critères de classement très diversifiés pour mieux comparer les différentes méthodes : efficacité théorique⁶ et pratique⁷, qui protège ou non contre les IST, qui nécessite la pose par un-e professionnel-le de santé ou non, une manipulation pendant le rapport ou non, qui contient des hormones ou non, et enfin en fonction de la fréquence d’utilisation et du prix. Mais avant de pouvoir comparer les différentes méthodes, on peut s’interroger sur ce que recouvre exactement la « contraception », ainsi que sur les significations des différents moyens de contrôler sa fécondité en matière de médicalisation, de sexualité et de réflexivité.

3.1 Les catégorisations des méthodes contraceptives

Au sens large, le terme « contraception » désigne l’ensemble des méthodes permettant de rendre un rapport sexuel infécond. Cela peut être fait en empêchant les spermatozoïdes d’atteindre l’ovule, par exemple avec un préservatif masculin, ou bien en les rendant inefficaces (DIU au cuivre), ou encore en bloquant l’ovulation et/ou en épaississant la glaire cervicale et en modifiant l’endomètre (selon les méthodes hormonales). Cette définition repose néanmoins sur le postulat que tout rapport sexuel est

⁵ Source : https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm, consulté le 21 mai 2018.

⁶ Calculée pour des conditions parfaites d’utilisation.

⁷ Calculée pour des conditions réelles d’utilisation (oublis, erreurs, etc.).

potentiellement fécond – ce qui n'est pas le cas, même lorsque les deux partenaires sont en capacité de procréer ensemble. Pour qu'un rapport aboutisse à une grossesse, il faut en effet qu'une éjaculation ait lieu pendant une pénétration vaginale, le tout au moment de l'ovulation de la femme. L'ovule a une durée de vie de 12 à 24 heures et les spermatozoïdes de trois à cinq jours : si l'on sait déterminer le moment de l'ovulation, la fenêtre est donc assez réduite. Pour éviter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels, on peut donc également modifier ses pratiques sexuelles ou bien éviter la sexualité aux moments jugés « à risque », déterminés par l'auto-observation. Une partie des utilisateurs/trices de ces méthodes d'auto-observation (MAO) récusent d'ailleurs le terme de « contraception », très associé à la contraception médicale, au profit d'autres expressions comme « régulation », « contrôle » ou « espacement » des naissances. Les méthodes disponibles sont donc variées.

La contraception peut ainsi s'étendre à des méthodes qui consistent à modifier le déroulement ou la fréquence des rapports sexuels plutôt qu'à agir directement sur le rapport sexuel pour le rendre infécond : c'est la *démarche* qui importe pour définir la contraception. De même, on peut se demander si le terme ne pourrait être étendu à des formes *a posteriori* de gestion de la fécondité, comme la « pilule du lendemain » ou encore l'avortement, méthode historiquement importante dans la gestion de la fécondité (McLaren 1996 [1990]). Dans sa thèse sur la contraception d'urgence, Yaëlle Amsellem-Mainguy établit un classement des méthodes de contraception « modernes » disponibles en France en quatre groupes : « Contraception avant le rapport » ; « Contraception liée à l'acte » ; « Contraception post-coïtale » ; « Avortement » (Amsellem-Mainguy 2007, p. 447-449). L'idée d'un continuum permet de mieux rendre compte de la réalité de la gestion de la procréation que la division nette entre une contraception responsable et un avortement irresponsable (Claro 2016). C'est cependant sur les méthodes empêchant la conception elle-même que ce travail de thèse se concentrera plutôt que sur celles qui visent à empêcher le développement de l'embryon ou du fœtus.

Leur diversité appelle alors une forme de catégorisation, afin de pouvoir les étudier au mieux. La distinction entre des méthodes « modernes », c'est-à-dire médicales, et d'autres qui seraient « traditionnelles » est courante. Elle s'inscrit dans une promotion de la médicalisation de la contraception, les méthodes « modernes » étant réputées plus efficaces, et donc plus souhaitables, que les « traditionnelles ». Elle a été longtemps utilisée – et peut encore l'être – dans les enquêtes statistiques et démographiques sur la contraception, comme le souligne Armelle Andro, qui indique en outre que les premières peuvent être des contraceptions d'arrêt (quand plus aucune grossesse n'est désirée) quand les secondes sont plus fréquemment utilisées pour décaler puis espacer les naissances (Andro 2000, p. 149). Concernant la France, on trouve cette partition dans un ouvrage central pour la compréhension de la diffusion de la contraception médicale en France : *La seconde révolution contraceptive* (Leridon et al. 1987). Les auteurs qualifient l'utilisation de la pilule, puis du stérilet, de « cursus de la contraceptrice moderne » et évoquent un « partage entre “méthodes modernes” et “méthodes traditionnelles” [qui] apparaît nettement », très perceptible par exemple dans les raisons

données lors d'un abandon d'utilisation. Ils ajoutent également la catégorie de « méthodes diverses » (diaphragme, spermicides, préservatif, etc.) (*Ibid.*, p. 185). Cette distinction entre des méthodes « modernes » car médicales et des méthodes « traditionnelles » a néanmoins été largement remise en cause à partir d'études empiriques. Comme l'indique le titre d'un article portant sur des femmes mexicaines, ayant pour moitié émigré aux États-Unis : « Certaines méthodes traditionnelles sont plus modernes que d'autres » (Hirsch et Nathanson 2001). L'article montre ainsi que les méthodes nécessitant une implication du mari, comme celles qui impliquent une abstinence périodique, correspondent mieux à l'idéal « moderne » de relation conjugale que ne peut le faire la pilule, qui fait peser la responsabilité contraceptive sur la femme. Un autre article, intitulé « Sur la modernité des méthodes traditionnelles » et qui porte sur des femmes camerounaises, arrive à des résultats similaires (Johnson-Hanks 2002).

En s'intéressant au site officiel de l'État consacré à la contraception, on remarque un autre type de hiérarchie entre les méthodes. Si elles sont toutes présentées dans le tableau comparatif disponible en ligne⁸, le document récapitulatif téléchargeable⁹ ne mentionne que les méthodes médicales, les préservatifs (masculin et féminin) ainsi que les capes et diaphragmes¹⁰. Les autres méthodes, qualifiées de méthodes « naturelles » (retrait et méthodes d'auto-observation), ne sont pas présentées car « peu fiables ». La détermination de la fiabilité des méthodes, qui se fonde sur l'indice de Pearl¹¹, peut en elle-même être interrogée (Trussell et Portman 2013). Mais c'est également cette partition entre des méthodes qui seraient « naturelles » et d'autres, définies en creux, qui ne le seraient pas, qui pose la question de la définition même de la « nature ». Dans sa thèse sur le genre, la sexualité et la procréation pendant la jeunesse en Russie entre les années 1970 et les années 2000, Mona Claro préfère ainsi recourir à la distinction entre méthodes « technologiques » ou « non technologiques ». Celle-ci recoupe, en la requalifiant, la distinction entre méthodes « médicalisées » (auxquelles s'ajoutent les méthodes utilisables au cours de l'acte sexuel comme le préservatif, le diaphragme, etc.), ou « modernes », et méthodes « naturelles » ou « traditionnelles » (Claro 2018, p. 668). La médicalisation est donc au cœur de ces typologies.

Dans d'autres contextes nationaux, des typologies toujours liées à cet aspect médical de la contraception, mais différentes, peuvent prévaloir. Dans son travail de comparaison des systèmes français et anglais, Cécile Ventola indique ainsi que les plaquettes informatives utilisées par les praticien-ne-s anglais sont organisées autour de la distinction entre « les “méthodes sans échec lié à l'utilisateur” et les “méthodes avec échec lié à l'utilisateur” », ce qui renvoie « aux représentations qui apparaissent dominantes dans le contexte britannique : le recours à un contraceptif est présenté comme

⁸ Source : https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm, consulté le 21 mai 2018.

⁹ Source : https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_tableau_recapitulatif.pdf, consulté le 21 mai 2018.

¹⁰ On trouvera en annexe A une description du fonctionnement de toutes les méthodes de contraception mentionnées dans ce travail.

¹¹ Il s'agit de la mesure du nombre de femmes tombant enceintes alors qu'elles utilisaient une contraception donnée pendant une période d'un an.

une pratique avec des risques inhérents, que l'on peut chercher à minimiser en limitant le facteur humain » (Ventola 2017, p. 417). Ce n'est donc pas tant une distinction basée sur la « naturalité » plus ou moins importante des méthodes qui est faite, mais sur les conditions de leur efficacité.

Une autre manière de classer les méthodes, qui ne repose plus sur la prise en compte des régimes de médicalisation, consiste à le faire pour mettre en évidence la responsabilité genrée qu'elles impliquent. Mais distinguer des méthodes « masculines » et « féminines » est trop caricatural, la prise en charge d'objets considérés comme « masculins », comme le préservatif, pouvant être fait par les femmes (Thomé 2016), tandis que les hommes peuvent s'impliquer dans des méthodes « féminines » (Le Guen et al. 2015). Il importe donc de réfléchir plus finement aux différentes dimensions de la bonne utilisation de chacune. Brenda Spencer utilise ainsi une classification proposée à la fin des années 1970 (Diller et Hembree 1977), dans laquelle « les auteurs font la distinction entre la personne initiant la méthode (*male- or female-initiated*), la personne sur la physiologie de laquelle la méthode est censée agir (*male- or female-directed*) et la personne dont le consentement est nécessaire pour le succès de la méthode (*male- or female-complied*) » (Spencer 1999, p. 32). En s'appuyant sur ces trois critères, Armelle Andro distingue de son côté des méthodes « individuelles » et des méthodes « coopératives » : « On dira ici d'une méthode qu'elle est individuelle si la femme peut l'utiliser sans coopération de son partenaire et d'une méthode qu'elle est coopérative si la coopération de l'homme est nécessaire. » (Andro 2000, p. 151). Elle restreint ainsi aux seules femmes la possibilité de s'occuper de manière « individuelle » de la contraception.

Ce tour d'horizon des classements possibles des méthodes contraceptives permet de montrer qu'aucune classification n'est « naturelle », mais qu'elles visent toutes à mettre en valeur un aspect particulier de la contraception. Dans le cadre de cette thèse, qui s'intéresse à la sexualité, c'est cette dimension qui guide ma catégorisation des méthodes contraceptives en trois groupes. Je distingue des méthodes *médicales*, prescrites par un médecin et qui sont utilisées *en dehors* de l'acte sexuel, des méthodes *barrières*, qui ne nécessitent pas de suivi médical et prennent place *dans* l'acte sexuel et, enfin, des méthodes *alternatives* (le retrait et les méthodes d'auto-observation), les deux nécessitant une observation de son propre corps pour éviter la fécondation et une *adaptation du déroulement ou de la fréquence* du script sexuel. Ce terme de « méthodes d'auto-observation » a l'avantage, en restant descriptif, d'éviter les présupposés et les représentations qui s'attachent à des expressions comme « traditionnelles » ou « naturelles ». On trouvera en annexe A une répartition précise des méthodes de contraception disponibles dans ces trois groupes, ainsi qu'une description de toutes les méthodes qui seront mentionnées au fil de ce travail. Mais pour comprendre l'organisation de la contraception en France, un petit détour historique s'impose.

3.2 Une médicalisation qui désexualise

Le 19 décembre 1967, l'Assemblée nationale adopte la « loi Neuwirth ». Elle autorise la vente en France de la contraception médicale, interdite depuis une loi nataliste de 1920. Les débats autour de

la « loi Neuwirth » ont été houleux, tant par peur qu'elle réduise drastiquement la natalité que par crainte qu'elle n'entraîne des mœurs dissolues. Pourtant, ailleurs en Europe et dans le monde occidental, elle est déjà autorisée et promue par les déclinaisons locales du Planning Familial (McLaren 1996 [1990], chap. 7). À partir des années 1960, et surtout dans les années 1970, on assiste alors en France à la diffusion de la pilule contraceptive, puis du DIU. Un peu plus de cinquante ans après le vote de la loi Neuwirth, si la natalité a baissé, la France demeure en tête des pays occidentaux pour le taux de fécondité par femme (Pison 2017, p. 2). Un « modèle contraceptif français » s'est peu à peu mis en place, qui consiste à utiliser le préservatif masculin¹² pour les rapports occasionnels et les débuts de relations, la pilule lorsque les relations deviennent stables et le dispositif intra-utérin (DIU, aussi appelé stérilet) une fois nés les enfants désirés (Bajos et Ferrand 2006). Ce modèle contraceptif propre à la France et reposant sur une féminisation et une médicalisation de la contraception continue de prévaloir (Le Guen et al. 2017), même s'il a connu récemment des recompositions. En particulier, la diminution du recours à la pilule observée depuis le début des années 2000 s'est accélérée avec la « crise de la pilule » de 2012-2013 (Bajos et al. 2014). Déclenchée par la plainte, fin 2012, d'une jeune utilisatrice d'une pilule de troisième génération, suite à un accident vasculaire cérébral aux conséquences graves (sur le sujet voir Rouzaud-Cornabas 2019), cette « crise » a abouti en mars 2013 à la décision du ministère de la Santé de mettre fin au remboursement des pilules de troisième et quatrième génération – et à une diminution de leur utilisation (Bajos et al. 2014 ; Rahib, Le Guen et Lydié 2017). La pilule demeure néanmoins la méthode la plus utilisée en France.

Or, la centralité de la pilule dans le *contraceptive method mix* national est une particularité typiquement française, comme le montrent les comparaisons internationales (Le Guen et al. 2017). Ailleurs, la méthode la plus utilisée peut être la stérilisation féminine (Mexique), le préservatif masculin (Hong Kong) ou encore les injections hormonales (Mozambique). Mais pilule et DIU ne peuvent être utilisés que dans le cadre d'une prescription médicale, et d'un suivi médical régulier pour la pilule. Par rapport à la période précédente, où le retrait était la technique la plus utilisée pour éviter les grossesses, c'est ainsi à une *médicalisation* de la contraception que l'on assiste (pour une analyse détaillée de ce processus, voir Ventola 2017, chap. 2). Selon une définition qui fait référence, « la médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, à utiliser le langage médical pour décrire un problème, à adopter un cadre médical pour comprendre un problème, ou à utiliser une intervention médicale pour le “traiter¹³” » (Conrad 1992, p. 211). Cette définition s'applique particulièrement bien au cas de la contraception, auparavant gérée par les individus dans le cadre conjugal et indépendamment de problématiques de santé. Cette médicalisation de la contraception s'inscrit dans un mouvement plus

¹² On trouve aussi l'expression « préservatif externe », qui présente l'avantage de ne pas imputer un genre à l'objet. Néanmoins, on privilégiera dans ce travail le terme le plus employé, « préservatif masculin ». Par ailleurs, lorsque le terme « préservatif » est employé seul, c'est également du préservatif masculin qu'il s'agit.

¹³ “Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to ‘treat’ it.”

vaste, « une dynamique d'extension des compétences, de l'expertise et du champ d'intervention de la médecine » (Panese et Barras 2009, p. 33-34). Or la médicalisation de la contraception l'a fait sortir du champ du sexuel : contrairement à ce qui peut être le cas pour le préservatif masculin ou le Viagra, les contraceptions médicales féminines ne sont pas associées à des « scripts érotiques » particuliers (Higgins et Smith 2016, p. 418). Par ailleurs, si les conséquences de l'encadrement médical de la contraception peuvent être questionnées, il ne faut pas pour autant penser que le phénomène n'est que négatif pour les femmes, ce qui est fréquemment le cas avec ce « concept-valise », à la fois terme descriptif, constat critique, outil analytique, phénomène historique et description sociodémographique (Panese et Barras 2009, p. 38-39). La médicalisation de la contraception témoigne au contraire, « non sans difficultés et résistances, du fait que médicalisation et émancipation peuvent aller de pair » (Gardey et Hasdeu 2015, p. 82). En outre, alors que la sexualité potentiellement fécondante se pratique (au moins) à deux, la contraception est considérée, et étudiée, comme une pratique individuelle, comme n'importe quelle autre pratique de santé. Or elle a des conséquences en matière de sexualité.

Lorsque l'on s'intéresse aux liens entre contraception et sexualité, c'est la question des « effets secondaires » de la contraception sur la sexualité qui revient le plus souvent. Cette formulation même implique l'idée d'une situation de départ, « neutre », et sur laquelle la contraception aurait une influence extérieure – ce qui est un postulat à questionner. Ces « effets » sont par ailleurs souvent minimisés, mais la littérature scientifique permet d'en mettre en évidence plusieurs, qui concernent toutes les méthodes contraceptives (Higgins et Smith 2016). Mais s'intéresser à des « effets secondaires » de ces méthodes représente une démarche limitée pour comprendre la manière dont la contraception peut modeler la sexualité. Pour déterminer comment s'articulent contraception et sexualité, le plaisir et le désir sont également à interroger. Les différents moyens contraceptifs construisent et donnent forme au désir, aux différentes modalités du plaisir (excitation, orgasmes, etc.), mais aussi aux actes eux-mêmes (nature des pratiques et fréquence des rapports). La question se pose néanmoins de ce que l'on entend par « désir » et « plaisir ». Concernant ce dernier, les chercheuses états-uniennes Jenny Higgins et Jennifer Hirsch distinguent cinq thèmes récurrents autour de l'utilisation de la contraception : le plaisir physique et le confort ; la spontanéité et la fluidité sexuelle ; la proximité entre les partenaires ; le plaisir apporté à son/sa partenaire ; et enfin l'érotisation de la sécurité et de la responsabilité (Higgins et Hirsch 2008, p. 1805-1807). Ce sont donc les différentes dimensions du désir et du plaisir sexuels qui sont à interroger dans ce travail. S'y intéresser permet en outre d'explorer les formes de réflexivité diverses engendrées par la variété des méthodes contraceptives.

3.3 Les réflexivités contraceptives, de la crainte à l'autocontrainte ?

La diffusion des méthodes médicales de contraception s'est accompagnée d'une baisse de la peur d'une grossesse non désirée – sans qu'elle ait toutefois disparu, en particulier au premier rapport (Beltzer et Bajos 2008, p. 440). Les rapports non protégés, alors même qu'une grossesse n'est pas voulue, sont désormais très largement minoritaires. Contrairement à la pratique du « *bareback* » chez

les hommes gays (avoir un rapport sexuel « à risque » sans préservatif), la sexualité hétérosexuelle sans contraception n'a d'ailleurs pas fait l'objet d'enquêtes¹⁴ (Higgins et Hirsch 2007). La situation la plus commune reste celle où la sexualité est, d'une manière ou d'une autre, protégée par une méthode contraceptive. Or, cette protection crée des formes nouvelles de réflexivité.

L'évolution des formes de contraception vers des méthodes plus sûres et largement détachées du script sexuel a en effet une influence sur le rapport que les hommes et les femmes entretiennent avec leur propre sexualité. Cette transformation due à la contraception est à replacer dans celle des valeurs qui priment dans les rapports hétérosexuels, et en particulier dans les scripts des débuts amoureux. Dans les années 1950, la retenue est privilégiée et c'est le « sérieux » qui est recherché chez le/la partenaire. Dans les années 1980, les scripts se fondent sur la proximité et c'est la « sensibilité et la présence physique » qui sont au cœur de l'échange. Aujourd'hui, dans un contexte d'essor de la sociabilité numérique, c'est désormais la « réactivité » qui apparaît comme une valeur cardinale lors des débuts amoureux (Bozon à paraître). Mais qu'en est-il si on s'intéresse plus précisément à la réflexivité sur la sexualité ?

L'évolution des techniques contraceptives est concomitante d'une augmentation et d'une fragmentation des réflexivités sur la sexualité. Pour les hommes, la diminution de l'utilisation du retrait s'accompagne d'une forme de relâchement dans l'exercice de la sexualité. Pour les femmes, la diffusion des contraceptions médicales est synonyme d'une responsabilisation qui peut impliquer une forme d'autocontrainte (Elias 2003 [1939]). En effet, si pour Françoise Héritier la maîtrise de la fécondité par les femmes est « le levier d'un changement majeur pour l'humanité tout entière » (1999, p. 48), selon Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2004) ce levier reste au contraire « symbolique ». La contraception participe d'une domination masculine qui continue d'assimiler féminité et maternité, d'autant plus fortement que celle-ci peut désormais être choisie – et doit donc être complètement assumée, ce qui renforce un peu plus le poids de l'autocontrainte féminine. Celle-ci s'applique originellement à la gestion contraceptive, mais peut s'étendre à la sexualité. En mettant en lumière certains enjeux de la sexualité, le travail contraceptif peut alors participer pour les femmes au développement de la réflexivité sexuelle.

Mettre au jour les formes de réflexivités encouragées par les différentes méthodes contraceptives et les effets qui en découlent pour la sexualité est donc nécessaire. Mais il faut également veiller à ne pas les réduire à un effet de la contraception, et au contraire prendre en compte la diversité des expériences, des parcours et des « orientations intimes » – à savoir le modèle du réseau sexuel, celui du désir individuel et celui de la sexualité conjugale (Bozon 2001a) – qui informent la manière dont hommes et femmes vivent leur sexualité. C'est l'un des objectifs de ce travail.

¹⁴ La thèse de Julie Ancian sur les femmes ayant commis des néonaticides (2018) aborde néanmoins la question.

4 Enquêter sur des pratiques inobservables

Dessiner une sociohistoire de la « banalité sexuelle » requiert plusieurs déplacements par rapport à ce qui est le quotidien de la contraception, à savoir un encadrement médical sous responsabilité féminine. D'abord, un déplacement historique : faire la genèse de la sexualité ordinaire, c'est nécessairement s'intéresser à la mise en place de ses conditions de possibilité. Cela nécessite donc la mise en place d'un dispositif d'enquête s'appuyant sur des sources diversifiées. Ensuite, un déplacement en termes de genre : prendre en compte les expériences masculines de la contraception est nécessaire non seulement pour comprendre le rapport des hommes à cette pratique, mais également pour mieux appréhender leurs pratiques et leurs représentations sexuelles. Enfin, un déplacement dans la définition de la contraception, trop souvent limitée aux méthodes médicales. S'intéresser au préservatif masculin, au retrait et aux méthodes d'auto-observation (MAO) offre un contrepoint sur la pratique majoritaire et permet de mettre en évidence ce qui la sous-tend.

Pour rendre compte de la sexualité hétérosexuelle en France avant et après la diffusion de la contraception médicale, une démarche empirique s'impose. C'est d'autant plus le cas que les enquêtes qualitatives sur la sexualité hétérosexuelle privée restent rares, tant il est difficile d'« observer l'inobservable » (Bozon 1995). Isabelle Clair remarque d'ailleurs que même les sociologues féministes ont largement délaissé les espaces privés, « alors que l'antagonisme entre les groupes de sexe s'y réalise avec le plus de violence, dans la plus grande banalité et de façon dissimulée, et que la construction de soi genrés y est fondatrice, justifiant l'ordre familial, conjugal, et filial » (Clair 2016a, p. 79). Construire une enquête permettant d'analyser les rapports entre groupes de sexe et la construction du genre était d'autant plus important. Pour avoir accès à cet espace privé qu'est la sexualité, multiplier les points d'accès s'est révélé nécessaire.

Sans revenir de manière détaillée sur la construction de l'enquête, explicitée dans la première partie de ce travail, il faut dire quelques mots sur la dimension empirique de cette recherche, et en particulier de sa dimension comparative. La comparaison constitue un des fondements « de la sociologie même, en tant qu'elle cesse d'être purement descriptive et aspire à rendre compte des faits » (Durkheim 2005 [1937], p. 137). Pour rendre compte de la spécificité de la sexualité hétérosexuelle contemporaine, j'aurais pu faire un pas de côté géographique. Si je mobilise ponctuellement d'autres enquêtes menées ailleurs qu'en France, c'est néanmoins sur une comparaison historique que j'ai choisi de me concentrer, en menant des entretiens permettant d'éclairer le rapport à la sexualité et à la contraception de générations différentes.

Tableau 1. Récapitulatif des 71 entretiens menés

Groupes d'enquêté-e-s	Âge lors de l'entretien (2014-2017)	Débuts dans la vie sexuelle...	Effectifs
Groupe n° 1 La génération qui a vécu la légalisation de la pilule	71 à 84 ans	... avant la légalisation de la contraception médicale	7 femmes
Groupe n° 2 La génération qui a vécu l'apparition du VIH	53 à 64 ans	... avant la diffusion du préservatif pour les rapports occasionnels et les premières fois	5 femmes 5 hommes
Groupe n° 3 Les utilisateurs et utilisatrices de la contraception médicale	20 à 49 ans	... dans le contexte du modèle préservatif - pilule - DIU	23 femmes 20 hommes
Groupe n° 4 Les utilisateurs et utilisatrices des méthodes d'auto-observation	23 à 48 ans		8 femmes 2 hommes 1 couple

Les caractéristiques des personnes avec lesquelles j'ai mené, entre janvier 2014 et mars 2017, ces 71 entretiens (intégralement retranscrits) sont détaillées dans le chapitre 2 et récapitulées en annexe C. Par ailleurs, chaque enquêté-e a fait l'objet d'un « Portrait » qui permet d'en savoir plus sur les circonstances de l'entretien ainsi que sur lui ou elle à titre individuel (voir chapitre 1, section 4.5). Ces 71 portraits sont réunis dans un volume à part¹⁵.

En parallèle de ces entretiens, j'ai également mené le volet qualitatif de l'enquête grâce à des sources écrites. Pour l'aspect historique, c'est sur des archives, des témoignages écrits ainsi que sur des ouvrages de l'époque que je me suis appuyée. L'annexe B regroupe la liste de ces différentes sources. Pour la période contemporaine, j'ai en particulier utilisé internet, par exemple pour me familiariser avec les méthodes d'auto-observation via des sites, des forums et des groupes dédiés sur les réseaux sociaux. Sans que la démarche ait donné lieu à une collecte systématique de données, elle a été précieuse pour mener au mieux les entretiens avec les utilisatrices/teurs de ces méthodes (voir chapitre 1, section 4.3).

Enfin, ces données qualitatives ont été complétées par l'analyse secondaire de bases de données quantitatives¹⁶. Mener de front un travail à la fois quantitatif et qualitatif m'a semblé indispensable tant les deux méthodologies s'enrichissent et se complètent. Si la première donne accès à des données représentatives, la seconde permet d'interroger la pertinence des catégories utilisées par l'analyse statistique ou encore de la manière dont les questions sont formulées (Desrosières 1993), ainsi que « de reconstituer les processus qui peuvent rendre compte des corrélations statistiques et d'en proposer des

¹⁵ Annexe « Portraits des enquêté-e-s ».

¹⁶ Les bases de données ont été analysées avec le logiciel R.

hypothèses explicatives » (Weber 1995, paragr. 21). J'ai utilisé en particulier trois enquêtes : l'enquête Contexte de la sexualité en France, menée en 2006 ; l'enquête Fecond 2010 ; et l'enquête Fecond 2013, menée seulement trois ans après la première mais dans le contexte de la « crise de la pilule », qui a vu une augmentation de la méfiance vis-à-vis des pilules contraceptives (Bajos et al. 2014).

Tableau 2. Récapitulatif des enquêtes utilisées

Année	Nom de l'enquête	Population interrogée
2006	CSF (Contexte de la sexualité en France)	6 824 femmes et 5 540 hommes de 18 à 69 ans
2010	Fecond 2010 (« Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles »)	5 275 femmes et 3 373 hommes de 15 à 49 ans
2013	Fecond 2013 (« Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles »)	4 453 femmes et 1 587 hommes de 15 à 49 ans

Le croisement de ces différentes méthodes permet non seulement de mettre au jour les évolutions dans le domaine de la sexualité et de la contraception depuis les années 1960, mais également de dévoiler la manière dont contraception et sexualité s'articulent aujourd'hui, ainsi que ce qui constitue les fondements largement impensés de la sexualité hétérosexuelle contemporaine.

5 Organisation de la thèse

La thèse se divise en quatre parties, qui forment un cheminement permettant de mieux cerner ce qu'est la sexualité aujourd'hui. La première restitue la construction et le déroulement de l'enquête. La seconde adopte une démarche sociohistorique, en étudiant l'évolution de l'articulation entre sexualité et contraception, en particulier autour de la diffusion de la contraception médicale (années 1960-1970) et de l'arrivée du VIH (années 1980-1990). C'est ensuite sur la période actuelle que se concentrent les deux derniers volets. La troisième partie s'appuie sur l'étude détaillée des pratiques contraceptives, pour approcher la sexualité et les réflexivités sexuelles créées par chaque méthode. La quatrième vise à mettre en évidence, grâce à l'étude de la contraception, les implicites du script de la sexualité hétérosexuelle contemporaine.

La première partie de la thèse part « À la recherche de la banalité (hétéro)sexuelle ». Le chapitre 1 ouvre la thèse sur un questionnement quant à la manière d'enquêter sur la sexualité ordinaire à l'ère de la contraception médicalisée mais également pour la période antérieure. Quelles recherches ont été menées, comment les compléter et les prolonger ? Et concrètement, comment mettre en place un dispositif d'enquête qui soit efficace sur la « banalité sexuelle » ? Le second chapitre revient de manière plus précise sur les entretiens menés. Il vise à déterminer non seulement comment il est possible de dialoguer sur des sujets considérés comme intimes, mais également comment l'analyse même des

conditions de l'interaction entre l'enquêtrice et les enquêté-e-s permet d'aider à cerner l'objet « sexualité ordinaire ».

La seconde partie de ce travail consiste en une « Genèse de la sexualité contraceptée ». Le chapitre 3 permet de faire un état des lieux des savoirs sur la sexualité et la contraception avant la diffusion de la contraception médicale, avant d'analyser la place de la sexualité dans les débats publics des années 1950 et 1960 sur sa légalisation. Dans le chapitre 4, ce sont ensuite les techniques contraceptives utilisées en France avant la loi Neuwirth qui sont analysées, de même que les valeurs qui s'y rattachent et les rapports de genre sur lesquels elles s'appuient et qu'elles contribuent à reproduire. Enfin, le chapitre 5 suit l'évolution de la sexualité en France à partir de la légalisation de la contraception et jusqu'à la diffusion de l'utilisation du préservatif masculin consécutif à l'apparition du VIH.

La troisième partie de la thèse s'appuie sur une tripartition des méthodes contraceptives disponibles aujourd'hui pour mettre en évidence, « Entre responsabilités et réflexivités, trois scripts qui font le genre ». C'est d'abord sur la contraception médicalisée que se penche le chapitre 6, afin de déterminer comment sa féminisation s'articule avec une déssexualisation alors même qu'elles créent un script sexuel désormais considéré comme « normal ». Le chapitre 7 revient pour sa part sur les méthodes barrières, qui prennent place au cœur du script et, en le perturbant, mettent en particulier en jeu le rapport des hommes à leur masculinité. Enfin, le chapitre 8 permet d'appréhender des méthodes minoritaires, les pratiques « alternatives » de contraception, et en particulier d'étudier le rapport qu'entretiennent les utilisateurs et utilisatrices de ces pratiques à l'idée de sexualité « naturelle ».

Pour finir, la dernière partie de cette thèse vise à mettre en évidence « Échange des plaisirs et travail des désirs » dans la sexualité hétérosexuelle contemporaine. Après une réflexion sur la réciprocité genrée des échanges des plaisirs et de pratiques dans le script sexuel, c'est sur la place de la pénétration pénovaginale que se concentre le chapitre 9. Le chapitre 10 revient pour finir sur la manière dont la contraception organise une disponibilité des femmes qui s'inscrit dans un travail féminin plus large sur la sexualité, travail qui permet la création artificielle de la spontanéité sexuelle.

Première partie
À la recherche de la banalité
(hétéro)sexuelle

Introduction

L'imagination sociologique permet de saisir histoire et biographie, et les rapports qu'elles entretiennent à l'intérieur de la société. C'est la tâche qui lui revient et c'est l'espoir qu'elle fait naître.

Charles Wright Mills, *L'imagination sociologique*, 2006 [1959], p. 8.

Les enquêtes quantitatives sur la sexualité hétérosexuelle fournissent des données nombreuses et précises. Qu'il s'agisse d'étudier le tournant des années 1970, avec la généralisation progressive de la contraception médicale (Simon et al. 1972a), la période de l'émergence du VIH et de la diffusion du préservatif (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993) ou, plus près de nous, de prendre en compte le contexte matériel, les rapports de genre et les violences sexuelles (Bajos et Bozon (dir.) 2008), ces recherches permettent d'avoir accès à une forme de « normalité » sexuelle, formalisée par des moyennes et des médianes, des minimums et des maximums. La diffusion de ces enquêtes rend la sexualité contemporaine nécessairement réflexive – et fait de la « normalité » une normativité en puissance. La « bonne » sexualité commence à un certain âge, implique un certain nombre de partenaires au cours de la vie, une certaine fréquence des rapports sexuels, etc. S'en tenir aux chiffres peut alors éloigner des expériences singulières. Pour éviter cet écueil, il faut articuler les données statistiques aux récits des individus. Or, rares sont celles et ceux dont le parcours sexuel reflète exactement la « normalité sexuelle ». Afin de rendre compte de leurs expériences, de leurs comportements, de leurs pratiques, c'est peut-être plutôt de « banalité » que de « normalité » qu'il faudrait parler.

Il ne s'agit pas d'entendre la « banalité sexuelle » dans un sens péjoratif, comme un manque d'originalité, mais bien plutôt comme un ordinaire de la sexualité, en la distinguant d'une part d'une *norme sociale*, autour de laquelle (ou contre laquelle) les individus organisent leurs pratiques sans qu'elles y correspondent forcément, et d'autre part d'un *extraordinaire*, entendu au sens de « hors-normes », sur lequel l'accent est souvent mis (études de l'homosexualité plutôt que de l'hétérosexualité, de pratiques sexuelles marginales plutôt que communes, etc.). Le banal, c'est ce qui fait le quotidien, l'ordinaire donc, du rapport des individus à la sexualité – comme on peut faire l'ordinaire du politique (Buton et al. (dir.) 2016) ou de la guerre (Buton et al. 2014). Or, l'une des dimensions centrales de la banalité hétérosexuelle contemporaine, largement ignorée par les recherches sur le sujet, est qu'elle est en majeure part contrainte. L'invisibilisation de la contraception dans l'étude de la sexualité laisse ainsi dans l'ombre une dimension structurante de cette dernière. Or la contraception modèle les scripts sexuels, les manières de dire les désirs et celles de ressentir les plaisirs. Mais pour rendre compte de cette « banalité des faits » (Pollak 1981, p. 142), encore faut-il réussir à y accéder.

Le chapitre 1 vise ainsi à déterminer comment « Enquêter sur la sexualité contrainte ». L'analyse se concentre d'abord sur les recherches historiques consacrées à la sexualité et à la

contraception, afin de déterminer quelles données existent sur la sexualité ordinaire du passé. Ce sont ensuite la place de la sexualité dans les recherches sur la contraception et celle de la contraception dans les recherches sur la sexualité qui sont interrogées, afin de comprendre pourquoi la sexualité à l'ère de la contraception médicalisée n'est pas encore un objet de recherche – et ce qu'il faudrait faire pour qu'elle le devienne. Enfin, le chapitre présente et interroge les bases méthodologiques d'une enquête sur la sexualité ordinaire : sur quelles données s'appuyer pour étudier le passé, le présent ? Comment ordonner, articuler, présenter ces données ?

Pour prendre en compte les expériences singulières de la banalité sexuelle, l'enjeu est donc de réussir à « Faire parler de la sexualité contraceptée ». C'est sur les difficultés d'une telle démarche que revient le chapitre 2. Après une réflexion sur le recrutement des enquêté·e·s – à qui proposer un entretien ? Pourquoi est-il accepté ? –, le chapitre se concentre sur le déroulement même de l'entretien. En particulier, il interroge la dimension genrée de celui-ci : comment le sexe de l'enquêtrice permet-il déjà de mettre au jour des éléments de la sexualité ordinaire ? Mais il revient également sur les particularités méthodologiques de l'entretien sur la sexualité, en montrant qu'il est possible d'avoir accès, via la parole, à la sexualité ordinaire avant et après la diffusion de la contraception médicale.

Chapitre 1. Enquêter sur la sexualité contrainte

Les recherches sur la contraception existent en France depuis plusieurs décennies, de même que celles sur la sexualité – même si ces dernières se sont particulièrement développées au cours des vingt-cinq dernières années. Ce sont d’abord les historien·ne·s qui ont exploré ces thématiques, en particulier à partir du milieu du XX^e siècle, constituant progressivement l’intime en objet de recherche. Les démographes s’y sont également intéressé·e·s, de même que les sociologues. La première enquête quantitative sur la sexualité a d’ailleurs été menée dans le contexte de la libéralisation et de la diffusion de la contraception médicale, afin de déterminer les effets qu’avaient celles-ci sur les attitudes et représentations en matière de sexualité (Simon et al. 1972a).

Cependant, rares sont encore les travaux qui articulent ces deux aspects. La contraception reste majoritairement pensée dans une optique démographique ou médicale, avec une prise en compte progressive des rapports de genre. Du côté de la sexualité hétérosexuelle, les enjeux pris en charge sont désormais plus larges que la seule protection, comme cela pouvait être le cas dans le contexte du pic de l’épidémie de VIH, mais la contraception – et donc la « sexualité contrainte » – reste souvent un impensé. Le principal objet contraceptif suscitant des recherches spécifiques en sciences sociales de la sexualité est le préservatif masculin. Par ailleurs, les manières d’enquêter sur ces questions sont multiples : accéder à la « banalité sexuelle », que ce soit celle du passé ou celle d’aujourd’hui, requiert une forme d’« imagination sociologique » (Mills 2006 [1959]) qui implique des questionnements et tâtonnements divers.

Il faut d’abord comprendre comment sexualité et contraception ont été et restent appréhendées par l’histoire, avant de pouvoir déterminer, à partir des travaux sur la contraception d’une part, et de ceux sur la sexualité d’autre part, comment la recherche sur la contraception a pensé la question de la sexualité et *vice versa*. Ces éclairages sont nécessaires pour dénaturer cet objet qu’est la sexualité contrainte, avant de pouvoir interroger la démarche d’enquête spécifique qui permet de l’atteindre.

1 Contraception et sexualité, des objets pour l’histoire contemporaine ?

S’il n’existe pas de travaux retraçant de manière exhaustive et sur le temps long l’histoire de la contraception en France¹, des recherches permettent d’avoir des données sur des aires temporelles et géographiques plus restreintes. Avant même de s’intéresser à la contraception médicale, des études, en particulier démographiques, se sont penchées sur la manière dont les Français·e·s ont, depuis le XVIII^e siècle, entamé une transition démographique qui a conduit à limiter le nombre d’enfants par couple (Ariès 1948 ; Ariès 1953 ; Flandrin 1981 ; Dupâquier et Bardet 1986). Ainsi que le note Sylvie

¹ Sur le sujet on peut cependant se référer à la traduction, préfacée par Pierre Simon, d’un ouvrage visant à faire l’histoire de la contraception dans le monde « de l’antiquité à nos jours » (voir McLaren 1996 [1990]).

Chaperon, « la démographie historique, très importante en France, ne pouvait qu'inciter à une histoire de la contraception » (2002b, p. 49). La place de l'Église dans cette histoire a aussi été abordée par les chercheurs et chercheuses (Flandrin 1970 ; Sevegrand 1995) ainsi que, dans une moindre mesure, celle des rapports de genre qu'elle permettait de dévoiler (Accampo 2003 ; Beauvalet 2016). Cependant, les démographes et historien-ne-s des périodes passées, et en particulier de la « première révolution contraceptive » du XVIII^e siècle, en sont parfois réduit-e-s à des interrogations dont les réponses sont limitées par le peu d'archives disponibles sur le sujet (Ariès 1953 ; Dupâquier et Bardet 1986) ou, au mieux, à des « spéculations » (Abelove 1989). En effet, les sources écrites « révèlent une demande permanente de procédés pour prévenir les naissances » (van de Walle 2005, p. 4) bien plus qu'elles ne révèlent véritablement de choses sur les pratiques.

D'autres recherches se centrent pour leur part sur le moment de diffusion de la contraception médicale. Bibia Pavard a exploré les ressorts militants et médiatiques de la légalisation de la contraception médicale et de l'avortement (Pavard 2009 ; Pavard 2012 ; Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel 2012), Francis Sanseigne l'invention de la « cause contraceptive » à la fois du côté des militant-e-s et des gouvernant-e-s (Sanseigne 2006 ; Sanseigne 2009 ; Sanseigne 2019), tandis que d'autres chercheuses étudiaient de manière plus locale l'action des Plannings familiaux ou recueillaient les témoignages de certaines militantes (Blanc-Tailleur 2004 ; Bruneton (dir.) 2005 ; Friedmann et Mouvement français pour le planning familial 2006 ; Bard et Mossuz-Lavau (dir.) 2006). Janine Mossuz-Lavau, quant à elle, s'est penchée sur les débats ayant finalement abouti à cette légalisation (2002), dont les limites et les « espoirs déçus » qu'elle a suscités ont aussi été explorés (Chauveau 2003). Cependant, tous ces travaux s'en tiennent généralement à l'étude de textes de lois ou bien de contextes politiques, militants ou encore médiatiques. Or l'arrivée de la contraception médicale, en permettant de dissocier sexualité et procréation, a eu des conséquences sur la vie quotidienne de la majorité des individus.

En France, peu de travaux permettent de penser l'articulation entre contraception et sexualité. Ceux qui s'approchent néanmoins le plus de cette perspective sont ceux d'Anne-Claire Rebreyend. Son travail de thèse, qui s'appuie sur des journaux intimes, des récits de vie, des lettres et des correspondances, visait en effet à reconstituer une « histoire de l'intime » en France entre 1920 et 1975 (Rebreyend 2006 ; Rebreyend 2008a). Elle a publié plusieurs articles qui interrogent la « révolution » représentée par la pilule (Rebreyend 2008b) et plus largement la sexualité des individus « ordinaires » (Rebreyend 2003 ; Rebreyend 2004 ; Rebreyend 2009 ; Rebreyend 2010b). Parmi les rares autres travaux historiques qui permettent d'interroger directement le lien entre contraception et sexualité, on peut citer également un article revenant sur la manière dont la sexualité apparaît dans le courrier reçu par le planning familial de Grenoble (More 2004). Les travaux en lien avec la contraception et prenant en compte les rapports sexuels restent cependant peu nombreux car, comme le souligne Sylvie Chaperon, « les études se penchent plutôt sur l'amont ou l'aval de la sexualité, mais guère sur la

rencontre des corps » au profit de l'étude des « combats et divergences autour de la contraception et de l'avortement » ; et, finalement, « les pratiques sexuelles demeurent largement inconnues » (2002b, p. 54). La sexualité contraincée est donc peu étudiée par les historien-ne-s.

Cela ne signifie pas pour autant que l'histoire des sexualités est inexistante, loin s'en faut. Partie de la démographie historique, elle s'est constituée autour de l'histoire des émotions et des mentalités, avant d'être progressivement réinvestie par les spécialistes de l'histoire des femmes et du genre. Elle s'inscrit en effet d'abord dans le courant de l'histoire des sensibilités, qui depuis le début des années 1980 explore les perceptions, les sens et ce qu'ils ont à dire d'une époque (un des ouvrages fondateurs du courant porte ainsi sur l'odorat : voir Corbin 1983). Ce courant s'intéresse en particulier aux corps et aux rapports entre hommes et femmes, comme en témoignent entre autres la parution des trois tomes de *L'histoire du corps* (2005-2006) puis celle de *L'histoire de la virilité* (2011), ouvrages collectifs dirigés par Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine et Georges Vigarello. Il donne ainsi une forme de légitimité aux recherches sur la sexualité.

En histoire contemporaine, la sexualité représente donc à la fin des années 2010 un objet d'étude à part entière, qui avait déjà commencé à émerger dans les années 1980 (voir par exemple Flandrin 1981). Comme le soulignait en 2010 Anne-Claire Rebreyend, récusant toute « pruderie » des historien-ne-s, dans sa recension de *L'harmonie des plaisirs* d'Alain Corbin (2008), « il existe désormais des jeunes chercheurs et chercheuses prêts à féconder ce champ de l'histoire des sexualités, qu'[Alain Corbin] a contribué à déflorer » (Rebreyend 2010a, paragr. 7). Sans en présenter un tableau exhaustif (voir pour cela Chaperon 2002b ; Rebreyend 2004 ; Gubin et Jacques 2010 ; voir aussi l'introduction de Burgnard 2015 ; et la cinquième partie, rédigée par Christine Bard, de Steinberg et al. 2018), il est donc possible de repérer les études permettant de mettre au jour les recompositions de la sexualité hétérosexuelle dans un contexte de diffusion d'une contraception médicale stable et généralisée.

Les évolutions de la sexualité dans les années 1960 et 1970 ont été abordées par de nombreux historien-ne-s, ainsi que par certain-e-s sociologues, sous l'angle d'une « révolution » – terme que l'on trouve fréquemment dans les titres d'articles ou d'ouvrages scientifiques comme plus « grand public » (Rubin 1990 ; Cook 2004 ; de Dardel 2007 ; Rebreyend 2008b ; Szreter et Fisher 2010 ; Pénicaut et Vidal-Naquet 2014 ; Giami et Hekma (dir.) 2015). Cette révolution est analysée comme une « libération » des femmes (pour une réflexion sur le sujet, voir Christine Bard dans Steinberg et al. 2018, p. 349-366 et 468-472), et régulièrement mise en lien avec la question de la contraception, comme le fait Christine Bard : « Maîtriser la fécondité est un préalable à la révolution sexuelle. » (*Ibid.*, p. 367) Or, comme le note Sylvie Chaperon à propos des années 1970, « si libération il y a, c'est [...] essentiellement celle de la parole » (2002b, p. 49). Par ailleurs, lorsque l'on s'intéresse à la pilule, « avant de présumer qu'elle a réellement chamboulé la vie sexuelle des individus du dernier quart du 20^e siècle » il importe de « se livrer à une enquête minutieuse sur sa disponibilité effective » (Beauthier et Truffin 2010, p. 11). La question de la disponibilité matérielle de la contraception est en

effet cruciale, de même que celle du calendrier et des modalités exactes de sa diffusion – et une telle enquête manque encore aujourd’hui en ce qui concerne la France².

Les données auxquelles nous avons accès penchent plutôt vers l’hypothèse « d’une modernisation progressive de la sexualité, traversée d’aléas et aux effets complexes, plutôt que d’une révolution qui aurait entraîné un changement brusque, bouleversant radicalement et massivement l’ordre établi » (*Ibid.*, p. 12). Pour corroborer ou infirmer cette proposition, c’est vers les travaux permettant une étude concrète de la sexualité à cette époque – et non des représentations qui persistent aujourd’hui – qu’il faut se tourner. Or, on a vu que les recherches qui se confrontent avec la matérialité de la sexualité ou avec les émotions qu’elle suscite restent rares. Alain Corbin le constatait déjà au milieu des années 1980 à propos de l’étude de la prostitution, évoquant les « historiens qui n’osent parler de prostituées et d’une manière plus large de sexualité, que sous les rubriques : “hôpital”, “maladie”, “natalité”, “mortalité”, “prison”, “voirie”, “péché” » (Corbin 1984, p. 146). Alors que l’on pourrait penser que cette réticence était au moins en partie contrainte, découlant d’une absence d’archives obligeant à se focaliser par exemple sur des sources judiciaires (Sohn 1996 ; Revenin 2015), elle persiste sur les périodes récentes, pour lesquelles subsistent non seulement des archives, mais aussi des témoins. Ainsi Sylvie Burgnard peut-elle écrire, quelque trente ans plus tard :

Plus encore que l’ère contemporaine, la période récente, et tout particulièrement les années post-68, pourtant dites de la libération sexuelle, apparaissent comme le parent pauvre de l’histoire de la sexualité. Au sein de la « fièvre interprétative » dont 1968 a fait l’objet, la question de la sexualité reste curieusement peu abordée. L’historiographie de mai 68, qu’on pourrait pourtant croire concernée au premier chef par cette thématique, lui consacre une place des plus limitées. (Burgnard 2015, p. 8)

Cette lacune peut s’expliquer de différentes manières. D’une part, parce que l’histoire des sexualités, quelle que soit la période concernée, reste une histoire jeune et en construction. Si certaines recherches historiques ont pu se confronter à celle sur les sexualités, cela n’a pas été de soi. L’histoire des femmes, par exemple, n’a d’abord abordé que « timidement les sexualités, par le biais du corps féminin » (Rebreyend 2005 paragraphe 17). Comme le souligne en 1991 Françoise Thébaud, alors qu’elle cherche à montrer en quoi la libéralisation de la contraception et de l’avortement représente « une véritable mutation dans l’histoire de nos mœurs » (1991, p. 285) : « nous ne savons que peu de choses des relations intimes dans les couples » (*Ibid.*, p. 293). Une histoire de la sexualité ordinaire, « banale », reste donc encore largement à faire.

Certaines études ont cependant cherché à mettre au jour l’intimité quotidienne des hommes et surtout des femmes dans les années 1970. En dehors des travaux d’Anne-Claire Rebreyend à partir du fonds d’autobiographies et de journaux intimes de l’APA (Association pour l’autobiographie), et de

² Les thèses en cours de Cyrille Jean (titre provisoire : « Planifier les naissances : les avatars français d’une question internationale (1955-1975) ») et d’Alexandra Roux (titre provisoire : « La diffusion de la pilule contraceptive en France : socio-histoire d’une évidence ») devraient venir combler cette lacune.

Lucile Ruault à partir d'archives et d'entretiens avec des militant·e·s féministes sur la période allant du début des années 1970 au milieu des années 1980 (2017), d'autres archives apparaissent particulièrement riches. C'est le cas du fonds de plus de 100 000 lettres envoyées à Menie Grégoire dans le cadre des émissions radiophoniques « Allo Menie », qu'elle animait sur RTL entre 1967 à 1981, et « Responsabilité sexuelle », qu'elle a coanimé de 1973 à 1975 (pour une présentation détaillée, voir Rebreyend 2006, p. 76 ; Chaperon 2014). Ce fonds déposé aux Archives départementales d'Indre-et-Loire offre en effet « une mine d'informations sur la vie privée, en particulier des femmes » (*Ibid.*, p. 347). Les travaux qui en sont issus insistent sur les représentations de la sexualité qui émergent de ces lettres (Cardon 2003 ; Rebreyend 2004), sur l'évolution de la réflexivité dont elles témoignent chez les jeunes femmes (Sohn 2000 ; Sohn 2001) ou encore sur les représentations de la masculinité, à travers les lettres plus rares envoyées par les hommes (Gauthier 1999). Il faut toutefois souligner que les analyses de ces lettres, pour passionnantes qu'elles soient, ne prétendent pas donner une image représentative de l'intimité à cette époque : « D'abord parce qu'elles privilégient la France du Nord, zone de réception de RTL. Ensuite parce que tout le monde n'écrit pas à Menie Grégoire et qu'écrivent les femmes qui ont des problèmes plus que les femmes satisfaites de leur existence. Enfin parce que l'horaire – 15 heures – favorise les femmes au foyer » (Sohn 2000, p. 179-180). Ainsi, l'histoire scientifique de la sexualité dans le second XX^e siècle reste, en France, en cours de construction.

Ailleurs, cependant, une telle histoire s'est développée, qui prend en compte ce tournant des années 1960 et 1970 : aux États-Unis, l'ouvrage de référence de John D'Emilio et Estelle B. Freedman consacre dès la fin des années 1980 deux de ses chapitres (« *Sexual Revolutions* » et « *The Sexualized Society* ») à ces deux décennies (D'Emilio et Freedman 1989). Par ailleurs, en sortant du cadre français on trouve des travaux d'enquête s'appuyant sur des sources écrites mais aussi – voire surtout – orales, travaux qui permettent d'en savoir plus sur la sexualité avant et après la diffusion des méthodes médicales de contraception.

L'historienne Hera Cook a ainsi entrepris de rendre compte des transformations de la sexualité en Grande-Bretagne entre 1800 et 1975, dans une optique genrée et en insistant sur l'importance de la contraception (Cook 2004). De son côté, l'historienne anglaise Kate Fisher a mené deux enquêtes (la seconde avec Simon Szreter) qui s'appuient sur des sources orales (104 entretiens pour la première, 89 pour la seconde) et qui visent à renseigner et comprendre la vie sexuelle en Grande-Bretagne entre les années 1920 et 1960 (Fisher 2006 ; Szreter et Fisher 2010). Les entretiens, menés avec des enquêté·e·s ayant entre 75 et 95 ans, ont été conduits dans différentes régions de l'Angleterre et avec des personnes issues de deux milieux sociaux distincts (classes populaires ouvrières et classes moyennes). Comme le soulignent l'autrice et l'auteur, l'intérêt de l'utilisation de sources orales est alors d'avoir accès à des informations de première main concernant la sexualité maritale (absente des registres médicaux, judiciaires ou encore religieux), et donc à un discours potentiellement moins allusif que celui de la littérature populaire, souvent analysée pour comprendre les évolutions des mœurs (*Ibid.*, p. 1).

En Suisse, de jeunes chercheuses mènent aussi des travaux qui permettent de renseigner cette période : à la croisée de l'histoire et de la sociologie, la thèse de Sylvie Burgnard propose une analyse des savoirs sur la sexualité à une époque et dans un lieu précis : la Suisse romande (plus précisément Genève) dans les années 1970 (Burgnard 2015). Elle s'intéresse à la production, la diffusion et la contestation des savoirs sur le sexe, et s'appuie pour cela sur un vaste travail de dépouillement d'archives – publiques et privées –, mais aussi sur l'analyse de publications médicales, de journaux féminins de l'époque, et enfin sur quelques entretiens. Il s'agit pour elle de rendre compte de quatre types distincts de discours sur la sexualité : ceux de la sexologie, de l'éducation sexuelle, du Planning familial (ou CIFERN – Centre d'information familiale et de régulation des naissances), et enfin les discours militants, féministes d'une part et homosexuels de l'autre. Si son travail ne permet pas d'accéder directement aux pratiques, elle dresse une cartographie efficace des normes qui enserrant les sexualités dans le contexte étudié. De son côté, c'est sur un corpus de 48 entretiens avec des hommes et femmes marié-e-s et parents entre 1955 et 1970 que s'appuie Caroline Rusterholz pour interroger la baisse de fécondité en Suisse à cette période à partir, cette fois-ci, des représentations, calculs et pratiques des personnes interrogées (Rusterholz 2017). Si des enquêtes détaillées sur la sexualité dans les années 1960-1970 restent rares en France, faire un pas géographique de côté permet donc de voir que de telles recherches sont possibles.

Par ailleurs, les recherches historiques françaises ne semblent pas s'être saisies encore de la période suivante, celle qui, avec la diffusion du VIH, a vu les préservatifs devenir communs en début de vie sexuelle et lors des relations avec des partenaires occasionnels. À partir des années 1980, ce sont en effet plutôt les travaux sociologiques qui prennent le relais.

2 Les recherches sur la contraception : médicalisation et désexualisation

Les pratiques contraceptives ont fait l'objet d'enquêtes régulières de la part des instituts nationaux de statistiques. En effet, la légalisation de la contraception médicale, puis l'arrivée du sida, ont intéressé celles et ceux qui prenaient des décisions au sein de l'État, qui ont donc commandité des enquêtes statistiques pour en rendre compte. En plein essor depuis la fin de la Seconde guerre mondiale (l'Ined est créé en 1945, l'Insee en 1946, l'Inserm en 1964), les différents instituts sont alors chargés de récolter et produire des données sur les populations (Desrosières 1993), en particulier concernant une question qui recoupe celle de la diffusion de la contraception : la fécondité. Cependant, il faut attendre les années 1970 pour avoir des chiffres fiables, représentatifs et réguliers. La contraception est en particulier abordée en suivant deux types de perspectives.

D'une part, elle peut l'être sous l'angle de la démographie, afin de comprendre par exemple les évolutions du taux de fécondité. Ce lien avec la fécondité est le premier à avoir conféré une légitimité aux recherches sur la contraception. Cette question était d'autant plus cruciale dans un pays de tradition nataliste comme la France. Michel Oris souligne ainsi que, si entre 1966 et 1972 les enquêtes sur la

contraception et la fécondité se développent en Europe, elles ne concernent pas tant la sexualité que la démographie, leur but étant de permettre de « planifier la croissance socio-économique des nations » – une volonté de planification qu’il qualifie de « véritable obsession » (Oris 2007, p. 34-35). Ainsi, les premières enquêtes ont commencé dans le cadre de la fin du baby-boom et peu de temps après la légalisation de la contraception médicale. Les questions centrales de la perspective démographique se sont ensuite progressivement diversifiées, eu égard à mesure que s’estompait la préoccupation nataliste : qui prend en charge la contraception ? Pourquoi ? Comment cette prise en charge s’inscrit-elle dans les rapports hommes-femmes ? L’analyse genrée est devenue cruciale, de même que la prise en compte des évolutions législatives, politiques ou encore médicales. Mais cette perspective n’aborde que marginalement la sexualité elle-même.

D’autre part, ce sont les études de santé publique qui s’intéressent à la contraception, cette fois-ci sous l’angle de la prévalence : le but est de comprendre pourquoi une méthode est utilisée ou non, efficace ou non, justement pour augmenter cette efficacité ainsi que la couverture contraceptive de la population (et principalement des femmes). L’optique est donc pratique et normative, la contraception étant considérée comme nécessairement positive et devant être généralisée. Là aussi, l’analyse en termes de genre est primordiale, aussi bien pour comprendre les représentations qui entourent les pratiques que les relations interpersonnelles dans lesquelles elles s’inscrivent. Mais là encore, en France du moins, la sexualité passe souvent au second plan – quand elle ne disparaît pas complètement –, les préoccupations politiques fondant les enquêtes ne s’y intéressant pas au premier plan.

De quelle manière la sexualité a-t-elle alors été prise en charge dans les études et recherches sur la contraception en France ? Pour pouvoir répondre à cette question, il faut commencer par un détour par les premières publications sur le sujet, en particulier les travaux des démographes et des chercheuses féministes, avant de se consacrer à un tour d’horizon des enquêtes récentes. Dans un troisième temps, il apparaît nécessaire de tracer les contours de la recherche anglo-saxonne (et en particulier états-unienne) sur le sujet. Elle articule en effet contraception et sexualité dans le cadre de travaux en *Health Sciences* souvent menés conjointement par des sociologues, des épidémiologistes et des psychologues.

2.1 Les enquêtes internationales : entre fécondité et VIH, quelle place pour la sexualité ?

Les enquêtes les plus fréquentes concernant la contraception ne sont pas à proprement parler des enquêtes de sociologie, mais bien plutôt de démographie. En effet, c’est avant tout la question de la fécondité, mesurée à travers l’évolution des taux de naissance, qui est généralement centrale pour les démographes (Leridon (dir.) 2014). De même, l’intérêt des démographes et des épidémiologistes pour le préservatif ne relève pas d’un intérêt pour celui-ci en tant qu’objet sexuel, mais parce qu’il permet d’éviter la transmission des IST, et en particulier du VIH. Cependant, dans les deux cas ces enquêtes nous permettent d’en apprendre plus sur la sexualité des personnes interrogées.

Avant de s'intéresser à la prise en compte de la sexualité dans les enquêtes sociologiques quantitatives et qualitatives sur la contraception et le préservatif en France, il faut déterminer la place qu'elle occupe dans des enquêtes internationales, menées par des organismes comme l'OMS ou les différentes agences nationales de développement. Il est ici difficile de se limiter aux enquêtes portant *stricto sensu* sur la contraception, car elles mêlent en fait souvent des questions sur la contraception avec d'autres sur le VIH et les risques de transmission.

Les enquêtes internationales portant sur la contraception visent principalement à expliquer les évolutions des taux de fécondité, sans que l'intérêt pour la sexualité y soit développé. L'analyse en termes de genre (inégalités et violences de genre, notamment) commence tout juste à se faire une place dans ces enquêtes, ce qui contribue à complexifier leurs représentations de la sexualité (voir par exemple Andro et Desgrées du Loû 2009 ; Memmi et Desgrées du Loû 2015, p. 296 pour des références supplémentaires ; Adjamagbo et Locoh 2015 ; Verschuur, Guérin et Guetat-Bernard (dir.) 2015). On peut s'intéresser en particulier aux enquêtes internationales EDS (Enquêtes démographiques et de santé, ou DHS pour *Demographic and Health Surveys*), qui existent depuis 1984 dans les pays du Sud (pour une présentation, voir Ayad et Barrère 1991). La contraception occupe une place centrale dans celles-ci, qui sont « une des sources majeures de données sur la fécondité dans les pays du Sud qui ne disposent pas toujours d'un état civil complet ni de recensements réguliers » (Adjamagbo et Locoh 2015, p. 111). À partir de la fin des années 1980, l'épidémie de VIH a largement contribué au développement de recherches sur les comportements sexuels dans la deuxième génération d'enquêtes EDS. Si elles restent lacunaires sur le plan de l'analyse des rapports de genre, ces enquêtes ont progressivement évolué depuis les années 1990 : c'est actuellement la septième génération d'enquêtes EDS qui est utilisée³. Les différentes versions de l'enquête se sont progressivement intéressées (et donc adressées) aux hommes, et non plus uniquement aux femmes, ont pris en compte les couples et non plus seulement les individus, et ont accordé une place grandissante aux violences de genre (Adjamagbo et Locoh 2015, p. 110-111). Néanmoins, les questions sur la sexualité continuent généralement de se limiter à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, au recours à la prostitution et à quelques questions plus globales (âge au premier rapport, avoir ou non des rapports actuellement⁴). Par ailleurs, ces questions ne sont pas posées systématiquement : cela dépend des modules ajoutés à la version « standard » de l'enquête, et ceux-ci varient selon les pays. Les questions sur la sexualité sont ainsi beaucoup plus nombreuses dans le module « Sida » (utilisé par exemple à Haïti) que dans le module « Violences conjugales » (qui est celui qui a été choisi en Colombie). Ainsi, les connaissances sur la sexualité

³ Première génération : 1984-1989 ; deuxième génération : 1988-1993 ; troisième génération : 1992-1997 ; quatrième génération : 1997-2003 ; cinquième génération : 2003-2008 ; sixième génération : 2008-2013. Voir sur le site du programme pour les différents questionnaires : <https://dhsprogram.com/publications/publication-search.cfm?type=35>, consulté le 29 novembre 2018.

⁴ Voir les questions disponibles en ligne dans la rubrique « Rapports sexuels » du *Stat Compiler* du *DHS Program* : <https://www.statcompiler.com/fr/>, consulté le 23 août 2018.

qu'apportent les enquêtes EDS ne sont pas aussi étendues et standardisées que celles sur la contraception et la fécondité, qui font partie du questionnaire de base.

On peut évoquer également d'autres enquêtes internationales, qui ne sont pas centrées sur la contraception, mais sur les risques liés à la sexualité ainsi que la prévention du VIH, et qui portent une attention plus fine à la sexualité – tout en l'assimilant à la santé et en allant ainsi dans le sens de sa médicalisation (Giami 2007 ; Giami 2016). C'est l'épidémie de VIH qui a donné leur impulsion à ces enquêtes, qui visent à comprendre les modalités des comportements sociaux, et surtout sexuels, pour éviter la diffusion du virus. On peut distinguer en particulier deux types d'études menées à partir de 1987 par l'OMS (Cleland et Ferry (dir.) 1995) : les enquêtes KABP (*Knowledge, Attitudes, Practices and Beliefs*) et les enquêtes SBS (*Sexual Behaviour surveys*), les secondes étant désignées sous le nom d'enquêtes PR, pour *Partner Relations*, ce qui évite d'avoir à utiliser le terme « sexualité » (Carballo 1995, p. 5). Contrairement à ce que craignaient les responsables de ces enquêtes, qui anticipaient la difficulté à discuter de sexualité avec des individus n'en ayant pas forcément l'habitude, dès le début la motivation a été supérieure à celle attendue, les enquêtés appréciant ce qu'ils et elles considéraient comme une opportunité d'échanger sur la sexualité avec des « expert-e-s » (*Ibid.*, p. 6).

La particularité des enquêtes PR est leur focalisation sur la sexualité. Elles comprennent en effet plusieurs volets qui s'y rapportent : mariage et parentalité, utilisation et connaissance de la contraception (avec un accent sur le préservatif masculin), comportement hétérosexuel (avec des questions sur la première expérience, la sexualité au cours des douze derniers mois et celle au cours des quatre dernières semaines), IST et enfin connaissances, attitudes et croyances à l'égard du VIH/sida (Ferry 1995, p. 13-15). Si les questions méthodologiques restent centrales pour optimiser le déroulé et l'interprétation de ces enquêtes (Buvé et al. 2001), elles permettent ainsi une meilleure compréhension des comportements sexuels dans les pays du Sud sur lesquels elles portent (Ferry 1995 ; Caraël et al. 1995).

Bien que les questions restent souvent très descriptives, la sexualité s'est progressivement fait une place dans les enquêtes démographiques et épidémiologiques internationales sur la contraception et surtout sur le VIH, avec la question du préservatif. On peut se demander alors ce qu'il en est à un niveau plus local : en France également, le lien entre les deux reste ténu, comme le remarque Alexandra Roux à partir de l'analyse d'un corpus de presse portant sur tout le second XX^e siècle⁵. Elle souligne que « très peu d'articles [abordant la contraception] parlent de sexualité » et fait l'hypothèse que « cette absence témoigne de la dichotomie forte opérée en France entre les questions de contraception et de prévention des grossesses d'une part, et les questions de prévention des maladies et infections sexuellement transmissibles d'autre », insistant sur le fait que « les problèmes publics ne sont tout simplement pas

⁵ Corpus constitué des archives du journal *Le Monde* depuis 1944 et de la revue de presse sur la régulation des naissances réalisée entre 1945 et 2005 par les bibliothécaires-documentalistes du centre d'Archives de Sciences Po.

posés conjointement », les chercheurs/ses, institutions et champs d'études qui étudient chacune de ces questions étant différent-e-s⁶. Il faut donc comprendre comment les sociologues français-es s'intéressant à la contraception ont, pour leur part, traité de la sexualité.

2.2 La prise en compte grandissante de la sexualité dans les enquêtes quantitatives françaises

Si des moyens d'éviter d'avoir des enfants sont mis en œuvre depuis longtemps par les hommes, les femmes et les couples (McLaren 1996 [1990]), les enquêtes et les réflexions sur le sujet se sont principalement développées à partir des années 1960 et 1970, avec la légalisation, la médicalisation et la féminisation de la contraception. Avant d'analyser les résultats, dans les chapitres suivants, il faut comprendre les caractéristiques des différentes enquêtes étudiées.

Tableau 3. Caractéristiques des enquêtes quantitatives sur la contraception en France (sélection)

Année	Nom de l'enquête	Population interrogée	Caractéristiques de l'enquête
1971	Enquête sur la régulation des Naissances	2 890 femmes non célibataires ayant moins de 47 ans	L'enquête est centrée sur le couple et sur les méthodes médicales de contraception.
1978	Enquête Mondiale de Fécondité	3 011 femmes de 20 ans à 44 ans, mariées ou non	L'ensemble des méthodes de contraception (médicales ou non) est décrit aux enquêtées et un rappel est fait quant aux « précautions pendant les rapports » (pour prendre en compte le retrait).
1988	Enquête Fécondité	3 188 femmes de 18 à 49 ans	L'enquête permet d'avoir plus d'information sur la « biographie contraceptive » des femmes interrogées.
2000-2004	Cocon (« Cohorte sur la contraception »)	2 863 femmes ayant entre 18 et 44 ans au moment du début de l'enquête, 1 569 femmes suivies pendant les quatre ans	Il s'agit d'une enquête longitudinale, qui permet de renseigner « l'évolution des pratiques et des biographies contraceptives au cours du temps, et l'accessibilité et l'acceptabilité des diverses méthodes de contraception » ainsi que « les circonstances de survenue des échecs de contraception ⁷ »
2010	Fecond 2010 (« Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles »)	5 275 femmes et 3 373 hommes de 15 à 49 ans	C'est la première enquête spécifiquement sur la contraception à interroger aussi les hommes.
2013	Fecond 2013 (« Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles »)	4 453 femmes et 1 587 hommes de 15 à 49 ans	Enquête lancée dans le contexte de la « crise de la pilule »
2016	Baromètre santé, volet « Contraception »	4 315 femmes âgées de 15 à 49 ans	Volet d'une enquête généraliste.

⁶ Communication personnelle, 25 septembre 2018.

⁷ Notice INED de l'enquête COCON. Source : <http://nesstar.ined.fr/webview/?v=2&study=http://nesstar.ined.fr/obj/fStudy/IE0230&mode=documentation&submode=ddi&node=0>, consulté le 17 août 2018.

Des enquêtes régulières permettent ainsi de suivre l'évolution de la diffusion de la contraception, même si la modification des critères de sélection de la population enquêtée rend souvent les comparaisons entre enquêtes difficiles à mener. Mais si l'on s'intéresse à la structure même de ces enquêtes, on voit que la place qu'y occupe la sexualité a évolué.

Les premières enquêtes sont très centrées sur le développement de la contraception médicale. Or la pilule et le DIU, qui vont peu à peu se généraliser en France, ne prennent pas place au cours de l'acte sexuel lui-même (la pilule se prend une fois par jour à un moment distinct du rapport, le DIU est posé pour plusieurs années). Les analyses de la contraception occultent donc en majeure partie la sexualité, même si elle ne disparaît pas complètement. En particulier, dès la fin des années 1970 le travail des équipes réunies, à l'INED, autour d'Henri Leridon et Laurent Toulemon, permet d'étudier sa place de manière plus précise. Un ouvrage en a été tiré, intitulé *La seconde révolution contraceptive*, qui s'intéresse à « La régulation des naissances en France de 1950 à 1985 » (Leridon et al. 1987), mais également divers rapports et publications qui reviennent sur des résultats spécifiques de ces enquêtes (Leridon et al. 1977 ; Leridon 1979 ; Toulemon et Leridon 1991 ; Leridon et Toulemon 1992 ; Toulemon et Leridon 1995 ; Guibert-Lantoine et Leridon 1998). Le questionnaire de l'enquête menée en 1978 permet d'éclairer la prise en compte de la sexualité à cette période.

La sexualité n'est pas absente de l'enquête de 1978 : un volet y est spécifiquement consacré, et quelques questions ouvertes permettent également de recueillir des données sur le sujet. C'est le dernier volet de l'enquête qui s'intéresse à cette question (avant les questions portant sur la situation professionnelle, le revenu, le logement, etc.), et il est introduit par ces mots : « Avant d'en terminer, nous voudrions encore vous poser quelques questions assez personnelles. Bien entendu, si l'une ou l'autre de ces questions vous gêne, vous pouvez ne pas y répondre. » Il comporte quatre questions fermées, portant sur la nécessité d'un « bon accord sur le plan sexuel » pour la « bonne entente du couple », sur la fréquence des rapports, sur les éventuels « problèmes » et visant enfin à déterminer si les rapports sexuels sont « satisfaisants » ou s'ils « pourraient l'être davantage » (Leridon et al. 1987, p. 359). Les questions directes restent donc très limitées, la crainte de gêner les femmes interrogées contribuant sans doute à expliquer cette prudence.

Les questions ouvertes apportant des renseignements sur la sexualité portent sur les motifs du changement de méthode contraceptive ou sur la satisfaction quant à la méthode actuellement utilisée. Après récolte des réponses, elles ont été regroupées en six postes, le cinquième étant « les effets néfastes pour la vie et l'harmonie sexuelle du couple » (*Ibid.*, p. 185), abrégé dans les tableaux en « méthode frustrante (sexuellement) » (*Ibid.*, p. 184). Ainsi, la sexualité est pensée de deux manières : à la fois de façon indépendante, ce qui permet ensuite de regarder les éventuelles corrélations entre l'utilisation d'une méthode et la satisfaction sexuelle ou encore la fréquence des rapports ; mais également, grâce aux réponses faites par les femmes, comme un élément à prendre en compte pour comprendre l'utilisation de telle ou telle méthode contraceptive. La sexualité n'est donc pas absente de toutes les

enquêtes démographiques sur la contraception. Cependant, les questions la concernant restent très limitées (aucune ne portant par exemple sur les pratiques sexuelles) – et sont rarement exploitées par la suite. Par ailleurs, ces travaux n’adoptent pas encore une perspective en termes de rapports de genre, qui semble pourtant indispensable aujourd’hui pour comprendre l’articulation entre contraception et sexualité.

Pour la période contemporaine, on peut s’intéresser à la manière dont les enquêtes Fecond (Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles), menées en 2010 puis en 2013, après la « crise de la pilule », traitent la sexualité. Elles ont la particularité d’interroger tant les femmes que les hommes⁸. Le questionnaire aborde les pratiques contraceptives depuis l’entrée dans la sexualité, les échecs de contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l’avortement et les dysfonctions sexuelles. Un autre volet est destiné aux médecins et comporte des questions sur leurs pratiques professionnelles. En 2010 comme en 2013, des questions portant directement sur la sexualité, et plus précisément sur le désir et le plaisir, sont posées⁹.

L’enquête de 2010 inclut un volet « Sexualité », qui s’ouvre par une question portant sur la satisfaction sexuelle : « En ce qui concerne votre vie sexuelle, êtes-vous très satisfait(e), assez satisfait(e), peu satisfait(e) ou pas satisfait(e) du tout de votre vie sexuelle actuelle ? ». Il comporte plusieurs questions sur le nombre et le sexe des partenaires au cours de la vie et dans les douze derniers mois ainsi que sur d’éventuels risques de grossesse non désirée au cours des derniers rapports (rien cependant sur la fréquence des rapports). D’autres questions de l’enquête portent directement sur l’effet de la contraception sur certains aspects de la sexualité. Les enquêté·e·s sont questionné·e·s sur la « méthode utilisée actuellement », afin de déterminer si elle a un effet « plutôt positif », « plutôt négatif » ou « pas d’effet » sur leur « désir d’avoir des rapports sexuels » et sur leur « plaisir au moment des rapports sexuels ». On a ainsi des données précises sur les effets ressentis de la contraception sur la sexualité. Néanmoins, si ces questions ont été posées à toutes les femmes qui utilisent une méthode de contraception, pour les hommes, seuls les utilisateurs de méthodes « barrières » (préservatif masculin ou féminin, retrait, diaphragme, cape cervicale, crème spermicide, ovule, ou éponge), ou ceux ayant effectué ou dont la conjointe a effectué une stérilisation définitive ont été interrogés. Cela implique ainsi *de facto* que les autres types de contraception ne sont supposés avoir aucun effet sur le désir ou le plaisir masculins.

Une autre question, qui ne fait plus mention de la contraception, s’attache à comprendre les modalités d’obtention de l’orgasme. Elle vise à déterminer si les enquêté·e·s arrivent « souvent », « parfois », « rarement » ou « jamais » à « atteindre l’orgasme » dans deux cas : « quand un partenaire

⁸ Une publication spécifique a d’ailleurs été consacrée à l’implication de ces derniers dans la contraception (Le Guen et al. 2015).

⁹ Aucune publication exploitant ces dernières questions n’a eu lieu pour le moment, même si elles ont commencé à être analysées dans le cadre d’une thèse de médecine (Mourey 2017).

vous caresse le sexe avec la main ou la bouche » et « par la pénétration vaginale UNIQUEMENT, mais sans caresse du sexe » (les situations impliquant une pénétration anale, ou une pénétration vaginale accompagnée de caresses, n'apparaissent donc pas dans le questionnaire ; pour une analyse de la question et de ses résultats, voir chapitre 9). Si l'enquête est limitée (dans le choix des populations ainsi que dans la formulation de certaines questions), elle permet donc cependant d'interroger à la fois le rapport à la satisfaction sexuelle, au désir, au plaisir et à l'orgasme. L'enquête de 2013, plus réduite, ne pose pour sa part que la question de l'effet du mode de contraception actuel sur le désir d'avoir des rapports sexuels – mais elle a l'avantage de la poser à tous les hommes, sans restriction de méthode comme en 2010.

Les dernières enquêtes quantitatives sur la contraception font ainsi montre d'un intérêt pour la question de la sexualité (le Baromètre santé de 2016 comprend pour sa part un volet « Contraception » et un volet « Sexualité » différenciés). Cependant, les questions présentes dans les enquêtes ne font que très peu l'objet d'analyse – c'est une des lacunes que ce travail de thèse cherche à combler. Mais la recherche sur la contraception passe également par des entretiens ou des observations, et l'on peut s'interroger alors sur la manière dont la sexualité est mobilisée pour éclairer de manière qualitative la pratique contraceptive en France aujourd'hui.

2.3 La sexualité dans les recherches qualitatives : de la marge à la norme

Dès la légalisation de la contraception, des réflexions sur le sujet prennent directement en charge la question de la sexualité : il s'agit des travaux des théoriciennes féministes, comme Louise Vandelac au Canada puis Christine Delphy en France. La réflexion sur la sexualité est utilisée ici dans une optique militante et vise à remettre en cause l'hégémonie de la contraception médicale. Louise Vandelac en appelle ainsi dès 1981 à une « critique radicale » de la contraception, toute contraception « sûre » étant en fait une contraception « dure », qui inféode aux modèles masculins, éloigne les femmes de leur corps et les rend dépendantes des médecins (Vandelac 2004 [1981]). La sexualité est alors centrale dans la réflexion sur la contraception, la seconde restreignant nécessairement la première plutôt qu'elle ne la libérerait. La réflexion critique féministe est prolongée en France par Christine Delphy, qui souligne le paradoxe d'une société qui encourage le seul acte sexuel potentiellement fécondant, la pénétration pénovaginale, créant ainsi la nécessité d'une contraception efficace (Delphy 2001 [1988] ; voir chapitre 9). La sexualité, ici interrogée à partir de la contraception, a en effet constitué un des principaux objets de réflexion des recherches féministes, à partir de la fin des années 1970 (Clair 2012a, chap. 2) – mais cette perspective « est restée pendant longtemps une question plus théorique et politique qu'un réel objet d'enquête » (*Ibid.*, p. 35). On peut faire l'hypothèse que la médicalisation de la contraception s'est accompagnée d'une naturalisation de ses effets, ce qui a restreint la prise en compte de la sexualité dans les enquêtes sur les pratiques contraceptives. Afin de voir si cette hypothèse se vérifie, il faut déterminer la place de la sexualité dans les enquêtes qualitatives contemporaines sur la contraception.

La contraception a fait au cours des dernières années l'objet de nombreuses enquêtes par observation et entretien, qui visent généralement à comprendre quelle contraception est utilisée et comment la décision de la faire est prise – mais également pourquoi certaines femmes n'en utilisent pas (ou d'une manière qui n'est pas considérée comme efficace). Ces questions sont fréquemment étudiées en lien avec l'avortement. La contraception est en effet souvent considérée, dans le cadre de réflexions sur les politiques publiques de santé, comme un moyen d'éviter les IVG. Cependant, les centres d'intérêt des recherches qualitatives sur la contraception ont évolué au cours du temps.

Au début des années 1990, le taux de femmes utilisant une contraception médicale atteint un plafond (Le Guen et al. 2017, p. 3). Si les démographes continuent de faire des points réguliers sur la pénétration de la norme contraceptive 20, 30 ou 40 ans après le vote de la loi Neuwirth (Toulemon et Leridon 1991 ; Guibert-Lantoine et Leridon 1998 ; Régnier-Loilier et Leridon 2007), les recherches se concentrent principalement sur des méthodes ou des problématiques spécifiques. C'est ainsi aux contraceptifs injectables que s'intéresse Hélène Bretin dans sa thèse, soutenue en 1990¹⁰. Elle y compare les femmes utilisatrices et non-utilisatrices, mettant déjà l'accent sur les difficiles parcours contraceptifs que connaissent certaines femmes et sur les inégalités, en particulier de race et de classe, qui jouent dans la prescription contraceptive. Ce travail pionnier met également en évidence le poids des rapports de genre, en particulier en ce qui concerne la prise en compte de la sexualité :

La demande contraceptive doit donc compter avec la sexualité et les plaisirs masculins (ce qui occasionnera les changements de méthode, pour cause de saignements intempestifs, de « coups de courants »). Elle compte beaucoup moins avec la sexualité des femmes soumise, pour certaines, à la baisse de la libido, à la revendication sexuelle de leurs partenaires et surdéterminée par la nécessité d'une contraception efficace compte tenu de la pratique masculine. (Bretin 1990, p. 357)

Ce qui motive ici le travail de recherche, c'est bien la spécificité d'un contraceptif peu utilisé en France. Mais ce point d'entrée permet des résultats beaucoup plus larges concernant la contraception. C'est également le cas des travaux de Brenda Spencer, qui en étudiant spécifiquement les questions de prévention met au jour les figures de « l'homme irresponsable et la femme sans sexualité » : l'homme est supposé trop guidé par des « besoins » pour pouvoir prendre en charge la contraception, alors que la femme, qui n'en aurait aucun, est toute désignée pour s'occuper des risques liés à la sexualité (Spencer 1999).

C'est aussi à une pratique spécifique, la contraception d'urgence, que s'intéresse Yaëlle Amsellem-Mainguy dans sa thèse soutenue en 2007. Cela lui permet cependant une analyse plus large des pratiques contraceptives des jeunes femmes, à partir de 73 entretiens semi-directifs effectués entre 2003 et 2005 auprès de femmes âgées de 15 à 25 ans, vivant en France métropolitaine et ayant

¹⁰ Cette thèse s'appuie sur un questionnaire passé auprès de 1035 femmes d'une maternité hospitalière et de 13 centres d'éducation et de planification familiale de Seine-Saint-Denis, mais également sur un corpus d'entretiens : cinq avec des médecins et dix-sept avec des femmes (huit Algériennes et neuf Françaises ; cinq utilisatrices d'injectables et douze qui ne le sont pas).

utilisé au moins une fois la contraception d'urgence (ou « pilule du lendemain »). Là encore, la sexualité est importante dans la réflexion, deux chapitres y étant consacrés (« Chapitre 6 : Sexualité et contraception, des sujets toujours liés »; « Chapitre 7 : Des rapports sexuels et des pratiques contraceptives »). La réflexion autour du premier rapport, de la méthode utilisée lors de celui-ci et de ce qu'il implique est essentielle dans l'analyse (Amsellem-Mainguy 2007 ; voir également Amsellem-Mainguy 2009).

Une autre problématique fondamentale est celle des échecs contraceptifs, comme en témoigne la parution en 2002 d'une recherche collective, celle de l'équipe GINÉ (pour « Grossesses interrompues, non voulues, évitées ») et intitulée *De la contraception à l'avortement* (Bajos, Ferrand et l'équipe Giné (dir.) 2002). Cette enquête repose sur un corpus qualitatif constitué de 73 entretiens avec des femmes ayant entre 17 et 44 ans et ayant été « confrontées à une grossesse non prévue, que celle-ci ait été poursuivie ou qu'elle ait donné lieu à une IVG » (Bajos et Ferrand 2002, p. 17). La sexualité n'est directement mentionnée dans le guide d'entretien que dans le cadre du thème « Biographie contraceptive », d'abord pour revenir sur l'« Expérience de la contraception, depuis le début de la vie sexuelle, en insistant sur le premier rapport » puis sur l'« Information contraceptive, possibilité d'une parole sur la sexualité et/ou la contraception dans la famille, à l'école, avec le ou les partenaires » (*Ibid.*, p. 30-31). C'est ainsi principalement sur la période de la jeunesse que se concentrent les questions sur le sujet. L'enquête publiée apporte d'ailleurs un éclairage particulier sur les pratiques contraceptives et le rapport à l'avortement des jeunes femmes (Durand 2002). Elle s'intéresse aussi à l'influence de la migration, en particulier depuis le Maghreb, sur les pratiques contraceptives (Bajos, Ferrand et Turki 2002), mais ce qui en constitue le cœur est bien le « risque de l'échec » dans la « contraception au quotidien » (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002).

Quels sont les points communs entre ces différentes recherches ? D'abord, elles portent sur des contraceptifs particuliers (injection, contraception d'urgence) ou pour l'enquête de l'équipe GINÉ sur le risque d'*échec* contraceptif. On peut évoquer également, à la même période, l'ouvrage dirigé par Alain Giami et Henri Leridon (2000) qui fait un point statistique et historique sur les enjeux de la stérilisation en France, où cette méthode est très peu pratiquée, mais également dans d'autres pays du monde. Ce n'est donc pas tant la norme qui est questionnée que les *manquements* à cette norme : lorsque c'est une méthode contraceptive qui n'est pas considérée comme légitime qui est utilisée, ou bien lorsque les femmes doivent prendre la « pilule du lendemain » ou avorter – lors de ce qui est considéré comme une défaillance de leur part. La norme est abordée principalement par ses marges. Par ailleurs, les seuls hommes à qui la parole est donnée sont les médecins : plutôt qu'interrogée, la responsabilité féminine de la contraception est entérinée par ces recherches. On retrouve ici le même phénomène que dans les enquêtes quantitatives (seules Fecond 2010 et Fecond 2013, plus tardives, interrogeant des hommes).

D'autres recherches ne portent pas directement sur la contraception, mais permettent d'éclairer la place de la sexualité dans l'étude de celle-ci : c'est le cas de la thèse de Laurence Guyard sur la

consultation gynécologique (2008). À partir d'observations et d'entretiens, elle montre bien que, si ce n'est aux âges où elle est considérée comme potentiellement problématique (adolescence et ménopause), « la consultation gynécologique n'est pas considérée [...] comme un espace légitime ou approprié pour parler de sexualité » (Guyard 2010, p. 47). On voit ici que les silences sur la sexualité que l'on trouve dans certaines recherches sur la contraception, en particulier celles qui sont faites en santé publique, ne font que refléter le silence des professionnel·le·s de santé eux/elles-mêmes à ce propos (voir également Ventola 2014, p. 8).

Mais des recherches plus récentes s'éloignent des problématiques développées précédemment. La particularité de la vague d'enquêtes sur la contraception menées en France depuis le début des années 2010 n'est pas tant qu'elle s'intéresse à la sexualité, car celle-ci continue d'être analysée à la marge, si ce n'est en ce qui concerne les jeunes, mais plutôt d'une part qu'elle interroge la norme elle-même (en particulier la pilule) et, d'autre part, qu'elle fait une place aux discours et aux pratiques masculines sur le sujet.

Sur ce dernier point, le travail de Cyril Desjeux est particulièrement intéressant. Il est l'un des premiers à avoir, dès le milieu des années 2000, entrepris une recherche portant sur le versant masculin de la contraception. Dans son travail de thèse, intitulé *Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions* et soutenu en 2009, il s'intéresse aux méthodes dites masculines de contraception, dont le préservatif masculin (Desjeux 2007 ; Desjeux 2010). Mais il cherche aussi à comprendre pourquoi les hommes ont été « évincés » de la contraception et pourquoi, même lorsqu'elle existe, leur participation est souvent occultée (Desjeux 2008 ; Desjeux 2013). La prise en compte de la sexualité est plus importante chez Cyril Desjeux que chez les autres chercheurs/ses de la même période, car une partie de son travail est centrée sur le préservatif masculin, qui intervient dans le script sexuel (Desjeux 2010).

Cet intérêt pour le rôle des hommes dans la contraception, qui resurgit donc à la fin des années 2000, se donne aussi à voir plus récemment dans la thèse de Cécile Ventola, soutenue en 2017 et qui vise à mettre au jour la place de la contraception masculine dans le système de soins, à partir d'une étude comparée des représentations et des pratiques des prescripteurs et prescriptrices en France et en Angleterre (Ventola 2014 ; Ventola 2016 ; Ventola 2017 ; Roux, Ventola et Bajos 2017). Ce n'est donc pas ici sur les utilisateurs, mais bien les prescripteurs/trices que la recherche est centrée. Le rôle de ces dernier·e·s continue également de faire l'objet de recherches centrées sur la consultation, qu'il s'agisse d'observer le service gynécologique d'un hôpital (Ruault 2015) ou d'entreprendre une recherche plus historique centrée sur « les mobilisations professionnelles et politiques autour d'une spécialité de la santé des femmes, la gynécologie médicale » (titre de la thèse d'Aurore Koechlin, commencée en 2015). Étudier la contraception peut ainsi se faire en lien avec le reste du « travail procréatif » effectué par les femmes, pour reprendre le titre d'un dossier dirigé par Marie Mathieu et Lucile Ruault (2017) et qui comprend, outre un article sur la contraception (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017), des articles sur l'accouchement, le travail parental ou encore l'avortement. Les pratiques et représentations sexuelles

passent alors au second plan, la contraception étant envisagée dans une double perspective, médicale et en termes de rapports de genre (en particulier dans ce dossier, qui s'inscrit dans une perspective matérialiste).

Les travaux portant sur des populations spécifiques n'ont néanmoins pas disparu, et ce sont en particulier les jeunes qui constituent la première cible des chercheurs/ses, parfois pour répondre à des commandes publiques sur le sujet, les politiques liées à la contraception étant souvent orientées autour de l'entrée dans la sexualité. Plusieurs recherches portent ainsi sur les jeunes de classes populaires. Séverine Bernard montre par exemple que l'implication dans la relation joue un grand rôle, les filles qui se jugent le plus amoureuses ayant souvent du mal à imposer leurs choix contraceptifs s'ils sont différents de ceux de leurs partenaires (Bernard 2010 ; voir également Clair 2011). Aurore Dupuy et Sébastien Roux s'intéressent pour leur part à la prise en charge de jeunes femmes de classes populaires par deux centres de planification et d'éducation familiale, dans le cadre d'IVG ou de prescription contraceptive, et montrent que le travail de « réforme de soi » qui y est encouragé peut provoquer de nouvelles logiques discriminatoires (Dupuy et Roux 2018).

Mais la spécificité des recherches actuelles est sans doute l'attention portée à la norme contraceptive française et à ce qui la fonde. Si certains travaux continuent de concerner des contraceptions particulières comme la stérilisation (Charton 2011 ; Charton 2014), le préservatif féminin (Hermann-Mesfen 2013) ou encore l'implant (Bretin et Kotobi 2016), plusieurs thèses en cours (outre celle-ci) s'intéressent à la méthode la plus utilisée en France : la pilule. Mylène Rouzaud-Cornabas a ainsi mené une recherche doctorale en santé publique intitulée « “Alerte sur la pilule” : spécificités et enjeux d'une crise sanitaire dans le champ de la contraception » (2019). Elle s'intéresse, dans une optique de science politique, au déclenchement et aux effets de la « crise de la pilule » de 2012-2013 (Bajos et al. 2014), qui a accéléré le déclin en France du recours à cette méthode (qui demeure néanmoins la plus utilisée). Dans une perspective plus historique, c'est justement sur la construction de la norme mise en cause par cette crise médiatique que travaille Alexandra Roux, dont la thèse débutée en 2014 s'intitule : « La diffusion de la pilule contraceptive en France : socio-histoire d'une évidence ». Enfin, dans une perspective plus ethnographique, Leslie Fonquerne mène depuis 2015 auprès de jeunes femmes, mais également de leurs mères, de leurs partenaires et de leurs prescripteurs/trices, une recherche doctorale intitulée : « Avaler “la” pilule : genre, politiques et économie de la contraception orale en région toulousaine ». Ces différents travaux s'intéressent donc à la mise en place, à la mise en pratique et à la déstabilisation de la norme française de « la pilule », norme qui avait jusque-là été peu interrogée. Basés sur des approches en termes de rapports de genre, ils ne s'intéressent cependant à la sexualité que de manière secondaire.

Ce rapide panorama des recherches sur la contraception, qu'elles soient anciennes ou récentes, qu'elles relèvent de la démographie, de l'histoire, de la science politique ou de la sociologie, permet donc de montrer à la fois la vitalité du champ scientifique de la contraception en France et les pistes qui

restent encore à explorer dans le domaine. En particulier, la question des émotions et pratiques sexuelles reste peu traitée dans les recherches françaises, que ce soit au niveau quantitatif ou au niveau qualitatif – d’où l’intérêt de mener des entretiens qui mêlent sexualité et contraception.

2.4 Comprendre la sexualité dans une perspective prescriptive : les « *health sciences* »

Il faut quitter la France pour trouver des recherches sociologiques sur la contraception qui s’emparent réellement de la question de la sexualité. Un article en particulier s’inscrit dans la lignée des travaux féministes évoqués dans la partie précédente. Intitulé « Contraception and Heterosex: An Intimate Relationship » (Lowe 2005), il est l’un des rares à chercher à comprendre à partir d’une enquête de terrain « la relation à double sens qui existe entre la contraception et les pratiques hétérosexuelles¹¹ » (*Ibid.*, p. 75), en soulignant l’importance de la pénétration vaginale dans la sexualité hétérosexuelle et, donc, celle de la question de la contraception. À partir des interviews de 22 femmes d’une trentaine d’années (de milieux sociaux et d’origines ethniques variées), la sociologue Pam Lowe distingue les particularités des différents moyens contraceptifs, les modalités de leur choix au sein du couple (en revenant en particulier sur la question de l’articulation entre négociation et inégalités de genre) et, surtout, la manière dont ce choix s’articule avec la sexualité.

Mais les recherches envisageant le lien entre sexualité et contraception relèvent en fait majoritairement de ce qui est appelé dans le monde anglo-saxon « *health sciences* », que l’on pourrait traduire par « sciences de la santé¹² ». Elles le font donc généralement sous l’angle de la santé et de la planification familiale, dans une optique pratique et normative. Le but est de répondre à la question : « Comment amener les individus à utiliser *plus* et *mieux* la contraception ? ». L’intérêt pour l’amélioration de la sexualité découle de cette préoccupation. Ces travaux s’intéressent également aux nombreux aspects de la contraception qui peuvent avoir des répercussions sur la sexualité : le prix (qui peut entraîner une réduction de la fréquence de l’acte sexuel, ou une sexualité non protégée), le fait de devoir se rappeler de la prendre (source potentielle de stress lié à l’acte sexuel), les douleurs et les saignements (qui peuvent empêcher l’acte), les difficultés d’utilisation (qui peuvent perturber le déroulement de l’acte sexuel), etc. Ces différentes recherches sont très riches : elles fournissent des données sur les effets individuels de la contraception sur les pratiques sexuelles, mais aussi sur les plaisirs et les désirs, permettant ainsi d’appréhender la sexualité dans sa complexité. Néanmoins, leur perspective n’est pas sociologique mais résolument prescriptive.

Une première manière d’essayer de comprendre les déterminants sexuels des choix contraceptifs a été, pour les chercheurs/ses spécialisé-e-s dans les sciences de la santé, de prendre en compte la sexualité en suivant un paradigme économiciste, selon des modèles de type coûts/bénéfices visant à comprendre les comportements des individus. C’est le cas par exemple dans une enquête des

¹¹ “The two-way relationship between contraception and heterosexual practices.”

¹² Comme il existe également dans les pays anglo-saxons une tradition de « *sex research* » interdisciplinaire que l’on ne retrouve pas en France.

années 1980 (Condelli 1986) autour du « Health Belief Model », un modèle mis au point dans les années 1950 par des psychologues et visant à expliquer et prédire les comportements de santé (Rosenstock 1974). À partir d'un questionnaire auto-administré à 632 femmes, le but de cette enquête est de déterminer les facteurs associés au choix de la pilule ou du diaphragme. Si le désir et le plaisir ne sont pas directement pris en compte dans le questionnaire, la question de la perte de spontanéité et de la praticité d'utilisation du contraceptif, qui sont potentiellement en lien avec la sexualité, entrent dans les « coûts » soulignés par les jeunes femmes. Mais d'autres modèles ont été développés qui partent au contraire de la question de la sexualité, comme le FSFI (Female Sexual Function Index ; voir Isidori et al. 2010) ou le NSSS (New Sexual Satisfaction Scale ; voir Stulhofer, Busko et Brouillard 2010). S'appuyant sur des items variés, ils visent à déterminer le « bon fonctionnement » sexuel d'une personne (toujours dans une perspective de « santé sexuelle »). Ces échelles peuvent être utilisées pour déterminer, dans une approche longitudinale, les éventuels effets d'une méthode contraceptive sur la sexualité, en comparant les réponses avant et après le début de l'utilisation (comme dans Higgins et al. 2016 concernant l'implant et le DIU).

Des travaux parmi les plus importants sont ceux de Jenny A. Higgins, figure centrale de ce champ. Elle a soutenu en 2007 une thèse intitulée *The Pleasure Deficit. The Role of Desire in Contraceptive Use*¹³ (que l'on peut traduire par : *Le déficit du plaisir. Le rôle du désir dans l'utilisation de la contraception*). Si elle n'a pas découvert cette problématique, elle est la première à l'avoir développée de manière systématique. Ainsi qu'elle l'explique sur sa page personnelle, elle mène ses travaux dans une optique de santé publique :

Les recherches que je mène s'appuient sur différents types de méthodes et portent sur la sexualité, le genre et la santé reproductive – en particulier l'utilisation de préservatifs et d'autres méthodes contraceptives. Dans toutes mes recherches et pour toutes les causes que je défends, je m'efforce d'aider les gens à atteindre leurs buts en matière de santé sexuelle – par exemple, éviter les grossesses non désirées et les IST, ou encore maximiser leur bien-être sexuel – tout en prenant en compte le contexte de leurs vies, de leurs relations et de leur santé de manière générale¹⁴.

Avant de revenir de manière plus détaillée sur ses travaux, il me semble important de faire un détour par le texte qu'elle identifie elle-même comme celui qui l'a décidé à s'intéresser à cette problématique. Il s'agit d'un article intitulé « The Sexuality Connection in Reproductive Health » (Dixon-Mueller 1993), visant à identifier des liens entre sexualité et santé reproductive. À partir d'une revue de la littérature, l'autrice distingue trois types de travaux sur le sujet (1. Sexualité, genre et leur influence sur l'usage des contraceptifs, 2. Sexualité des adolescents et grossesses hors mariage, 3.

¹³ Sous la direction de Jenny S. Hirsch, Emory University.

¹⁴ <http://jennyhiggins.net/>, consulté le 9 février 2015 : "I conduct mixed-methods research on sexuality, gender, and reproductive health – especially people's use of condoms and other contraceptive methods. In all of my research and advocacy, I endeavor to help folks achieve their sexual health goals – for example, avoiding unintended pregnancy and STIs, maximizing sexual well-being – within the context of their lives, relationships, and overall health."

Sexualité et IST). Elle souligne que les études relevant de la première catégorie s'intéressent peu aux opinions des femmes quant à leur vie sexuelle, et recommande de poursuivre les travaux dans ce champ. Elle définit enfin un « cadrage » du binôme sexualité/genre, qui devrait prendre en compte quatre dimensions : les types de relations interpersonnelles impliquant de la sexualité, la nature des actes sexuels, leur signification, et enfin ce qu'elle appelle les « pulsions sexuelles » et le plaisir.

Les travaux de Jenny A. Higgins cherchent donc à mettre au jour les liens entre plaisir sexuel et contraception. Dans un premier article coécrit, elle fait le point sur les travaux depuis 1993, et met en évidence la persistance d'un « déficit du plaisir » dans les recherches sur le sujet :

La communauté des chercheurs/ses en santé publique a largement échoué tant dans l'exploration des facteurs contribuant à un fonctionnement sexuel optimal pour les femmes que dans celle des manières dont la recherche du plaisir sexuel (et non pas de l'amour, ou de l'argent) influence les risques que prennent les femmes concernant les grossesses non désirées ou les maladies¹⁵. (Higgins et Hirsch 2007, p. 133)

Les autrices se concentrent ici sur les femmes, mais l'une des particularités du travail de Jenny A. Higgins est généralement d'étudier la question du point de vue des deux sexes. Dans ses travaux, elle interroge aussi la notion de « droit au plaisir », en soulignant que la recherche de celui-ci est souvent genrée, et peut générer des inégalités, voire des effets pervers (existence de médicaments prolongeant l'érection qui peuvent augmenter l'angoisse vis-à-vis de l'absence de celle-ci, par exemple).

Son premier terrain, dans le cadre de sa thèse, est une enquête qualitative auprès de 24 femmes et 12 hommes d'Atlanta : elle cherche ainsi à différencier les résultats en fonction du sexe et de la « classe sociale » (construite à partir du revenu, du diplôme, mais aussi des ressources culturelles et du lieu d'habitation). Dans son analyse, elle distingue différents « thèmes » qu'elle analyse au prisme du genre et de la classe (la variable de la race s'étant avérée beaucoup moins signifiante) : « plaisir physique et absence d'inconfort » ; « spontanéité et fluidité sexuelle » ; « intimité » ; « faire plaisir à son/sa partenaire » ; « érotisation de la sécurité et de la responsabilité¹⁶ » (Higgins et Hirsch 2008, p. 1805). Ces recherches, sur les résultats desquelles reviendront les chapitres suivants, contribuent donc à mettre en valeur l'importance de la prise en compte du plaisir, qui « varie », « doit être pris en compte » et « croise les questions de pouvoir et d'inégalités sociales » (*Ibid.*, p. 1803) pour comprendre la contraception, toujours dans une optique de santé publique – et donc visant à déterminer la bonne manière de faire. Certains articles s'apparentent ainsi à des « guides de bonne pratique » pour le personnel médical, et ce même si l'on y trouve par ailleurs des apports scientifiques, comme une recension des travaux existant pour chaque moyen de contraception et un point sur les apports des enquêtes quantitatives américaines (Higgins et Davis 2011).

¹⁵ “The public health research community has largely failed to explore the factors that contribute to optimal sexual functioning for women or the ways in which sexual pleasure-seeking (as opposed to love-seeking or money-seeking) influences women’s risk for unintended pregnancy and disease.”

¹⁶ “Physical pleasure and lack of discomfort” ; “spontaneity and sexual flow” ; “closeness” ; “pleasing one’s partner” ; “eroticization of safety and responsibility”.

Après avoir formalisé le constat du déficit concernant la prise en compte de la sexualité dans l'étude de la contraception (voir entre autres Higgins 2007 ; Higgins 2010), Jenny A. Higgins a participé à différentes enquêtes portant sur des méthodes contraceptives spécifiques, comme le retrait (Jones et al. 2009 ; Jones, Lindberg et Higgins 2014 ; Higgins et Wang 2015 ; Higgins 2015), le DIU (Higgins et al. 2015) et l'implant (Higgins, Kramer et Ryder 2016 ; Higgins 2017), ou encore le préservatif (Higgins et Cooper 2012 ; Higgins et Fennell 2013 ; Higgins et Wang 2014 ; Mullinax et al. 2017). Elle a en outre copublié récemment un article faisant le point sur toute la littérature anglo-saxonne portant sur l'articulation contraception/sexualité (Higgins et Smith 2016). Dans la lignée d'un article précédent (Higgins et Davis 2014), il vise à déterminer un « modèle d'acceptabilité » de la contraception, toujours dans une optique pratique et normative. Ce modèle distingue trois niveaux d'analyse : « macro (genre, culture, race/ethnicité, lieu, inégalités et structures), social (facteurs relevant de la relation et du/de la partenaire) et individuel¹⁷ » (Higgins et Smith 2016, p. 428).

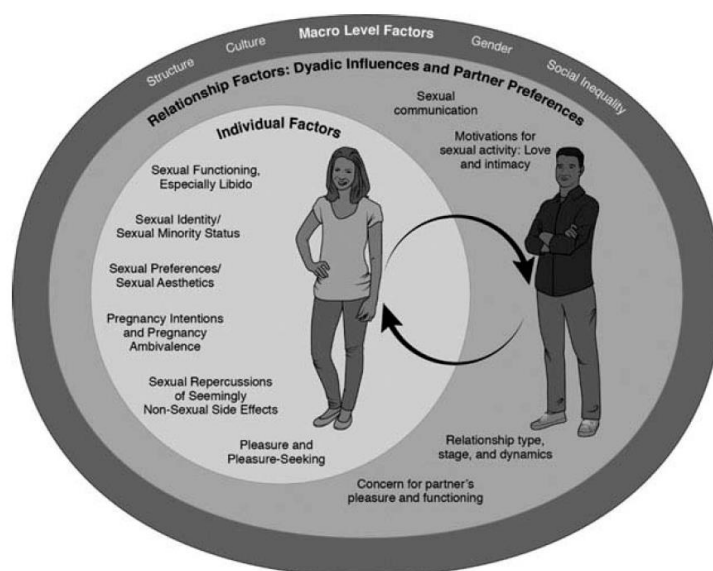


Figure 1. Modèle conceptuel de l'acceptabilité sexuelle de la contraception¹⁸

Si leur optique reste éloignée de celle de la sociologie, les recherches états-unienne menées en sciences de la santé sur la contraception contribuent, en prenant en compte la sexualité sous de multiples dimensions, à enrichir les connaissances sur l'interaction entre contraception et sexualité.

Les recherches sur la contraception permettent d'avoir accès à un large panel de données concernant les pratiques contraceptives et, depuis une période plus récente les rapports de genre. Cependant, ces recherches restent très informées par la médicalisation de la contraception, et par une optique en termes de santé. Ainsi, l'interaction de la contraception et des émotions, représentations et

¹⁷ “[Here, we attempt to build an even broader, more ecological approach to the sexual acceptability of contraception, exploring three major levels of influence/pathways:] macro (gender, cultural, race/ethnicity, place, inequality, and structure), social (relationship and partner factors), and individual.”

¹⁸ Higgins et Smith 2016, p. 429.

pratiques sexuelles n'est généralement abordée qu'à la marge, ou bien de manière pratique, prescriptive et normative. Pour avoir accès à la sexualité contraceptée, il est donc nécessaire de s'intéresser également aux recherches centrées non pas sur la contraception, mais plutôt sur la sexualité.

3 L'occultation de la contraception dans les recherches sur la sexualité

L'intérêt des chercheurs/ses pour des questions liées à la sexualité n'est pas chose nouvelle. C'est l'homosexualité qui a d'abord suscité l'attention, les recherches des années 1970 distinguant la *pratique* (les actes sexuels) de la *catégorie* (groupe auquel sa sexualité peut assigner un individu), apparue beaucoup plus tardivement (Foucault 1976 ; Weeks 1981 ; McIntosh 2011 [1981]). Cependant, ces premières recherches ont rapidement fait le constat de la nécessité parallèle de s'intéresser à la construction de l'hétérosexualité – ce dont témoigne la publication en 1996 de *L'invention de l'hétérosexualité* par Jonathan Ned Katz (2001 [1996] ; sur le sujet voir également Tin 2008). Ainsi sont progressivement mises au jour la manière dont l'hétérosexualité s'est imposée comme norme et les évolutions qu'ont connues les pratiques sexuelles associées à cette norme (Gagnon et Simon 1973 ; Bozon 1999 ; Giami 1999).

Mais les premières enquêtes abordant l'hétérosexualité se sont d'abord développées ailleurs qu'en France. Aux États-Unis, les recherches sur la sexualité apparaissent dès la fin des années 1940 avec les ouvrages dirigés par l'entomologiste et zoologue Alfred Kinsey (Kinsey, Martin et Pomeroy 1948 ; Kinsey, Martin et Pomeroy 1953). La réception de ces enquêtes scientifiques est d'ailleurs controversée, à la fois du fait de leur caractère pionnier et parce que les résultats dévoilent l'existence d'une sexualité beaucoup plus diverse que celle promue par la morale de l'époque (sur leur réception en France, voir Chaperon 2002a). Il ne semble pas exister non plus de travaux équivalents à ceux du gynécologue puis sexologue William Masters, en collaboration avec Virginia Johnson, sur l'orgasme et les comportements sexuels (Masters et Johnson 1967 [1966]). En s'appuyant sur l'analyse en laboratoire de couples en train d'avoir des rapports sexuels, Masters et Johnson ont inventé dès cette époque, toujours aux États-Unis, une nouvelle forme de sexologie basée sur le couple et visant à mettre en œuvre une méthode thérapeutique pour faire « fonctionner » sexuellement les couples. Leurs travaux précurseurs participent du « renouveau » en France de la sexologie, ces « nouvelles propositions américaines [rencontrant] un succès considérable chez une jeune génération de médecins et de thérapeutes se sentant démunis face aux demandes de leurs patients » (Michels 2013, p. 87). Cependant, ces enquêtes n'ont pas d'équivalent en France.

Sans faire un point complet sur les recherches françaises en sciences sociales sur la sexualité (pour cela voir Bozon 2018a [2002]), il va s'agir ici de déterminer comment celles qui s'intéressent aux comportements hétérosexuels tiennent compte ou non de la place qu'occupe la contraception dans le script (hétéro)sexuel qu'elles visent à décrire. Dans un premier temps, c'est la place de la contraception dans les grandes enquêtes quantitatives sur la sexualité qu'il faut appréhender, en articulant ce retour

avec une réflexion sur les apports et les limites de ces enquêtes. Mais il faut aussi comprendre pourquoi les recherches qualitatives sur la sexualité ont occulté la question de la contraception au profit d'études sur le préservatif masculin, et comment l'attention renouvelée pour les rapports de domination, en particulier de genre, permet de redonner une place à la contraception et de dénaturaliser son utilisation.

3.1 La place de la contraception dans les grandes enquêtes quantitatives sur la sexualité

En France, on recense trois enquêtes quantitatives de grande ampleur sur la sexualité : l'enquête Simon en 1970 (Simon et al. 1972), l'enquête ACSF, pour Analyse des comportements sexuels en France, en 1992 (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993) et l'enquête CSF, pour Contexte de la sexualité en France, en 2006 (Bajos et Bozon (dir.) 2008). Ces trois enquêtes se situent dans trois perspectives très différentes : pour la première, celle de la diffusion de la contraception ; pour la seconde, celle de l'épidémie de VIH/sida ; pour la troisième, une attention renforcée portée au contexte dans lequel se pense et se déroule la sexualité ainsi qu'aux rapports de domination, en particulier de genre.

En 1970 a lieu l'Enquête sur le comportement sexuel des Français, dite « Enquête Simon » (Simon et al. 1972a ; pour une comparaison de cette enquête avec les rapports Kinsey et une recherche similaire menée en Suède par Hans Zetterberg, voir Feldman 1975). Elle s'appuie sur un échantillon représentatif de la population de 2 625 personnes âgées de 20 ans et plus (pour une présentation plus détaillée voir Maudet 2017, p. 703-704). Les enquêtes sur la sexualité sont toujours « des entreprises sociales et politiques et des produits culturels » (Bozon 2014, p. 54) et celle-ci n'échappe pas à la règle. Elle est coordonnée par un médecin en faveur de la légalisation de la contraception médicale, le docteur Pierre Simon, qui est également un des cofondateurs du Planning familial en France. Elle vise à comprendre les évolutions de la sexualité justement à un moment de diffusion de cette contraception médicalisée, alors que la plupart des décrets d'application ne sont pas encore promulgués (Chauveau 2003). L'enquête porte sur la sexualité « ordinaire » des *couples*, et non des individus, et permet en particulier de montrer que l'impératif reproductif décroît progressivement, entre les générations les plus âgées et les plus jeunes, au profit de la recherche du plaisir sexuel pour lui-même. Les plus jeunes intéressent particulièrement les enquêteurs/ses, et en particulier la question de l'entrée dans la sexualité. Le rapport met au jour, par ailleurs, un glissement de la responsabilité contraceptive. Les questions sur la contraception sont paradoxalement très peu nombreuses et ne portent pas directement sur la pratique actuelle de la contraception ou sur ses effets sur la sexualité, mais sur la connaissance des méthodes, leur efficacité estimée et le fait de savoir si certaines ont *déjà* été utilisées (et non si elles le sont actuellement).

Après cette première enquête, il faut attendre 22 ans avant qu'une nouvelle recherche scientifique de grande ampleur ne se penche spécifiquement sur la sexualité. Le contexte de l'épidémie de VIH alarme cependant les pouvoirs publics, qui chargent en 1988 le médecin Claude Got d'un *Rapport sur le sida* (Got 1989) afin de mieux organiser la lutte contre l'épidémie. Les préconisations de ce rapport vont influencer sur la recherche sur la sexualité : Claude Got y conseille en effet, entre autres, la

création d'une agence de recherche et la réalisation d'une enquête quantitative pour comprendre et prévenir l'épidémie. En 1988 est donc créée l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida¹⁹). Cette agence de financement permet de financer des recherches où se croisent prévention des risques et sexualité. Si la majorité des sommes est allouée à des recherches de médecine sur le virus, d'éventuels vaccins, etc., des recherches en sciences sociales sont également subventionnées. En effet, elles s'avèrent indispensables pour répondre à la crise de santé publique provoquée par l'épidémie. En 1992 a finalement lieu la seconde enquête quantitative sur la sexualité en France : Analyse des comportements sexuels en France (ACSF) (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993 ; Bajos et al. (dir.) 1998). Elle est coordonnée par l'épidémiologiste Alfred Spira et la sociodémographe Nathalie Bajos et porte sur 20 055 individus âgés de 18 à 69 ans. Pensée pour comprendre la transmission du VIH, dans la perspective d'une « représentation épidémiologique de la sexualité » (Giami 1993), cette seconde enquête est focalisée sur l'expérience de l'individu, contrairement à la précédente qui était centrée sur les couples. Si la contraception est largement laissée de côté, plusieurs questions visent à collecter des données sur les « Comportements à risque et moyens de protection », selon le titre de l'un des chapitres du premier ouvrage exposant les résultats de l'enquête (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993, chap. 7). La détermination des modalités de l'utilisation du préservatif au cours de la vie et des douze derniers mois, mais également lors du dernier rapport sexuel, est centrale, de même que les liens entre son utilisation et les caractéristiques sociales des enquêté-e-s, le sexe et le nombre de leurs partenaires ainsi que les caractéristiques de ces derniers et de la relation qu'ils/elles entretiennent ensemble (Ducot, Bajos et Spira 1993). Cependant, c'est uniquement la dimension prophylactique de l'objet qui semble être prise en compte, sans qu'il soit question de son usage potentiel en tant que contraceptif – et les autres contraceptifs ne font pas l'objet de questionnements particuliers de la part des chercheurs/ses. La sexualité sans préservatif, mais avec un moyen contraceptif qui n'interfère pas dans le script sexuel (en particulier pilule ou DIU) semble ainsi être considérée comme une norme naturalisée et qu'il ne s'agit plus de questionner spécifiquement.

Une enquête sur une population spécifique, les jeunes, a également lieu avant la troisième enquête sur la sexualité en France. Ils et elles représentent une tranche d'âge dont la sexualité est particulièrement scrutée – et une cible de choix pour les campagnes de prévention (Chartrain 2010). Intitulée *L'entrée dans la sexualité* (Lagrange et Lhomond (dir.) 1997), l'enquête interroge 6 182 jeunes âgé-e-s de 15 à 18 ans. La focale est mise sur les risques liés à la transmission du VIH, sur l'utilisation du préservatif et sur les modalités de son arrêt. Toute la dernière partie de l'ouvrage rendant compte de l'enquête y est consacrée, les différents chapitres proposant des réflexions sur les « Comportements sexuels à risque de transmission du VIH ou d'autres germes pathogènes » (Warszawski 1997), sur les « Précautions : préservatifs et recours au test » (Lagrange 1997) et enfin sur « Les connaissances et les

¹⁹ En 1999 son nom est complété pour devenir Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, et depuis 2013 l'agence est désignée sous le nom de France REcherche Nord&Sud Sida-hiv Hépatites.

attitudes relatives au sida » (Calvez 1997). Les questions sur les circonstances des derniers rapports, et en particulier sur les modalités du recours ou du non-recours au préservatif, sont ainsi nombreuses (qui a apporté le préservatif, est-ce que les partenaires en avaient discuté avant, etc.). La contraception, elle, passe au second plan, qu'il s'agisse de l'utilisation du préservatif dans ce but ou de celle d'autres méthodes. L'intérêt pour le préservatif ne s'étend pas à son rôle dans le script sexuel ni à ce qu'il peut produire en matière de sexualité.

Si le préservatif fait l'objet d'enquêtes diverses, dans lesquelles la question de la sexualité est toujours à l'arrière-plan, ce n'est pas le cas du reste des moyens contraceptifs. Dans la mesure où les dispositifs médicaux n'interfèrent pas dans le script sexuel, il ne semble pas nécessaire d'essayer de comprendre les éventuels liens entre contraception et sexualité. Cependant, l'existence de tels liens – et le manque de connaissances sur le sujet – est soulignée dès le milieu des années 1990, par exemple par les chercheurs qui dirigent aux États-Unis, en 1994, la première enquête de grande ampleur (3 432 personnes) depuis Kinsey sur la sexualité. Dans le chapitre qu'ils consacrent à la thématique « Sexualité et fécondité », si les questions sur la contraception sont limitées, les auteurs soulignent que « les pratiques sexuelles ont des effets sur la probabilité d'une conception²⁰ » (Laumann et al. 1994, p. 442) et que l'on sait « peu de choses sur l'utilisation de la sélection des pratiques sexuelles comme moyen de contrôler la fécondité²¹ » (*Ibid.*, p. 448). C'est donc également les pratiques sexuelles qu'il faut étudier pour comprendre les pratiques contraceptives.

La troisième enquête sur la sexualité en France, intitulée Contexte de la sexualité en France (CSF) et coordonnée par Nathalie Bajos et le sociologue Michel Bozon, va dans ce sens. Ce sont 12 364 individus âgés de 18 à 69 ans qui y sont interrogés. Cette nouvelle recherche sur la sexualité témoigne de l'évolution de la recherche, adoptant des définitions larges de la sexualité et de la santé (Bozon 2014). Elle n'est plus centrée sur le VIH mais vise à tenir compte de la diversification des trajectoires affectives et conjugales. Elle met aussi au cœur de son questionnaire et de son analyse les rapports de genre et leur influence sur la sexualité, ainsi que le poids sur la sexualité des conditions matérielles (Bajos et Bozon 2008, p. 22). Si elle consacre un chapitre spécifique au dépistage (Warszawski et Goulet 2008), l'enquête 2006 est surtout la première à penser ensemble prévention et contraception, grâce à des questions permettant de comprendre « les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » (Beltzer et Bajos 2008). C'est ainsi la question des rapports de genre qui permet de lier prévention, contraception et sexualité. Partant du constat que « la façon dont les individus gèrent au quotidien les différents risques liés à une activité sexuelle a été peu étudiée », l'approche vise à « dépasser les approches individualistes de l'usage du préservatif en explorant les interactions entre enjeux contraceptifs et préventifs dans différentes générations » (*Ibid.*, p. 438). Cependant, l'approche de la sexualité reste limitée à des aspects descriptifs (caractéristiques de l'enquêté·e, de son/sa partenaire

²⁰ “Sexual practice affects the likelihood of conception.”

²¹ “There is little known regarding the selection of sexual practice as a means of controlling fertility.”

et de leur relation) – plaisir, désir, satisfaction et orgasme sont bien analysés au prisme des rapports de genre, mais dans un chapitre séparé (Ferrand, Bajos et Andro 2008).

Depuis, les connaissances sur le préservatif, le VIH et les IST ont été régulièrement mises à jour jusqu'en 2010 grâce aux enquêtes KAPB (portant sur les connaissances, les croyances, la perception et les comportements de la population à l'égard du VIH et des personnes séropositives) de l'ORS (Observatoire régional de santé) qui, après une première enquête en 1987, ont eu lieu en 1992, 1994, 1998, 2001, 2004 et 2010. Le baromètre santé 2016 fournit également des chiffres récents sur la sexualité en France (Bajos, Rahib et Lydié 2018), sans articuler ces derniers avec ceux fournis sur la contraception. Ainsi, les enquêtes quantitatives sur la sexualité semblent peiner à articuler cette dernière avec la contraception. Dans le même temps, se développent néanmoins des travaux plus qualitatifs, qu'il importe d'étudier également dans cette perspective de sexualité contraceptée.

3.2 Les recherches qualitatives sur la sexualité : une occultation de la contraception ?

Si les anthropologues se sont intéressés très tôt à la sexualité (Mead 2001 [1928 et 1935] ; Malinowski 2000 [1929]), les recherches qualitatives sur le sujet ont mis plus de temps à se développer en sociologie (pour plus de précisions voir Bozon 2014). Quelques travaux existent dès les années 1970 (Béjin et Pollak 1977), mais c'est le contexte de l'épidémie de VIH/sida qui a permis à la thématique d'acquiescer une forme de légitimité et aux chercheurs/ses de développer des outils méthodologiques pour accéder à cet objet largement « inobservable » (Bozon 1995). Une attention particulière est alors portée à certaines populations comme les plus jeunes (Giami et Schiltz 2004) ou les homosexuels (Girard et Doré 2018), les recherches se sont progressivement diversifiées. On note un mouvement du même ordre dans les pays anglo-saxons : ainsi, une des enquêtes les plus riches sur la sexualité et les rapports entre jeunes, menée entre 1988 et 1991 en Angleterre avec 148 jeunes femmes et 46 jeunes hommes âgé-e-s de 16 à 21 ans à Londres et Manchester, portait sur leur rapport au risque et au VIH (Holland et al. 1998 ; en français, voir Holland et al. 2002). En partant de questions sanitaires, les chercheuses ont en fait abouti à des résultats touchant à la sexualité, la masculinité et la féminité, ainsi qu'à « la manière dont la prise de risque et la sécurité sexuelle sont devenues des éléments à part entière des relations sociales hétérosexuelles » (Holland et al. 1998, p. 3). L'épidémie de VIH/sida permet ainsi des avancées notables dans les connaissances sur la sexualité.

Dès la fin des années 1990, la sexualité est articulée avec la vie sentimentale ou conjugale (Bozon 1998 ; Bozon 2001) et, toujours avec la santé, dans une optique en termes de « troubles sexuels » plutôt que de risques (Giami 2004). Ce développement s'est confirmé au cours des années 2000, où les recherches sur la sexualité se sont progressivement institutionnalisées en France. Le réseau thématique « Sciences sociales de la sexualité » (RT 28) de l'Association française de sociologie a été créé en février 2003, le groupe de travail « Sociologie des sexualités » (GT 07) de l'Association internationale des sociologues de langue française en 2008 et la revue *Genre, sexualité & société* a vu le jour en 2009. C'est à travers l'étude des « subcultures sexuelles » (Rubin 2010b [2002]) que la question des pratiques

acquiert progressivement une véritable place dans la recherche qualitative, avec des études sur la sexualité gay (Courduriès 2011 ; voir Girard et Doré 2018 pour un point sur la question), lesbienne (Chetcuti 2013 [2010]) ou encore le pluripartenariat (Combessie 2008) ; et des recherches sur les divers types d'échange économico-sexuel (Roux 2011 ; Broqua et Deschamps (dir.) 2014) prolongent la réflexion féministe de Paola Tabet sur le sujet (Tabet 2004 ; voir également Trachman 2009). Les nouveaux travaux sur la jeunesse permettent de mettre au jour les connaissances sur le sujet en se centrant sur des populations spécifiques, comme les jeunes de milieux populaires (Hamel 2002 ; Clair 2008) ou plus récemment ceux qui font de la prison (Amsellem-Mainguy, Coquard et Vuattoux 2017). Ce qui distingue les études menées au cours des quinze dernières années, c'est pour la plupart une attention renforcée portée aux contextes (sociaux et économiques) ainsi qu'aux rapports de domination, en particulier de genre (Clair 2016a), par exemple en se concentrant sur certaines modalités de choix du/de la partenaire (Bergström 2016), comme l'écart d'âge (Bergström 2018). Est également apparu au cours de cette période, comme c'est le cas concernant la contraception, un intérêt pour les comportements et pratiques qui rentrent dans la norme statistique (Déroff 2007a). Cependant, rares restent encore les enquêtes qualitatives qui s'intéressent à la « banalité » sexuelle.

La réflexion sur la contraception reste, par ailleurs, largement absente de ces travaux. Si la sociologie de la sexualité permet de dénaturaliser les comportements, représentations et pratiques sexuelles, il semble que cette démarche de déconstruction s'arrête souvent à la contraception. L'idée que la sexualité est forcément non fécondante n'est que rarement discutée et, lorsque c'est le cas, c'est le plus souvent dans une optique qui allie la contraception à la prévention. C'est le cas dans l'une des premières enquêtes qualitatives sur la sexualité en France à n'être pas centrée sur une population spécifique. Elle a été menée au début des années 2000 par Janine Mossuz-Lavau, à partir de 70 entretiens (effectués par elle ou ses étudiantes) auprès de femmes en situation de précarité ainsi que 70 entretiens auprès d'hommes et de femmes « de tous milieux » et ayant entre 17 et 72 ans (Mossuz-Lavau 2005, p. 27-28). L'enquête a d'ailleurs été reconduite plus récemment (Mossuz-Lavau 2018), mais semble s'éloigner de l'enquête sociologique²². Ces entretiens permettent à la politiste de dessiner un paysage de la sexualité en France où la question des « risques sexuels (grossesse, MST, sida) » est abordée (*Ibid.*, p. 5), sans pour autant que cela soit sur un autre mode que celui du « déficit » (de contraception ou de protection), et donc dans une optique qui reste proche de celle de la santé et reste majoritairement descriptive.

À la même période, Alain Giami et Anne-Marie Schiltz réalisent une étude sur la sexualité des jeunes adultes, à partir des entretiens de 24 étudiant·e·s âgé·e·s de 18 à 22 ans inscrit·e·s à l'université et d'une centaine de questionnaires auprès de cette même population. Elle laisse aussi largement la question de la contraception de côté au profit d'une attention renforcée à la décision d'utiliser ou non

²² L'éditeur présente sur son site l'ouvrage comme « Le livre qui donne envie de faire l'amour ».

un préservatif (Giarni et Schiltz 2004), de même que l'enquête de Didier Le Gall et Charlotte Le Van sur la « première fois » (Le Gall et Le Van 2007). La population des jeunes adultes reste donc particulièrement scrutée en ce qui concerne la sexualité.

Mais, comme le constate Cécile van de Velde à propos des recherches sociologiques en général, « plus rares sont les travaux qui visent à rendre compte des mutations de l'ensemble des âges » (Van de Velde 2015, p. 7). C'est néanmoins le cas d'une autre enquête des années 2000 qui porte directement sur la sexualité hétérosexuelle : il s'agit de la thèse de Marie-Laure Déroff, qui interroge dans une approche interactionniste « la part de la sexualité » dans les rapports entre hommes et femmes à partir de l'étude d'articles de presse et d'un corpus de 12 entretiens avec des hommes âgés de 24 à 53 ans et de 16 femmes de 24 à 49 ans (Déroff 2007a). La recherche, qui se centre sur les enjeux de genre autour des normes sexuelles ainsi que sur la dimension identitaire de la sexualité, laisse de côté les enjeux de contraception et de protection. Plus récemment, le travail de Vulca Fidolini a permis de mettre au jour les conditions de *La production de l'hétéronormativité* (2018) à partir d'une enquête de terrain sur les jeunes hommes marocains en France et en Italie, sans pour autant que la contraception (ou même le préservatif) ne soit abordée. Par ailleurs, Emmanuelle Santelli mène actuellement une recherche sur la sexualité hétérosexuelle conjugale (Santelli 2018) – mais la contraception n'y est pas non plus abordée.

Les recherches sur la sexualité semblent donc largement occulter la question de la contraception, dont l'utilisation est considérée comme allant de soi. L'impensé semble double, tant scientifique que social. Or, il est possible de récolter des données permettant de compléter et de prolonger empiriquement ces divers travaux et, dans une perspective sociologique, d'accéder à la « banalité » de la sexualité hétérosexuelle contraceptée.

4 Imaginer une enquête sur la sexualité hétérosexuelle ordinaire

S'il apparaît légitime de mener une recherche sur la sexualité contraceptée, se pose alors la question des conditions de possibilité d'une telle démarche, tant dans une perspective historique que dans le cadre contemporain. Le moyen le plus simple d'avoir accès à une pratique sociale semble être l'observation. Concernant la sexualité, cependant, celle-ci n'est possible que dans des cas restreints, lorsque l'enquête porte sur des pratiques de groupe (Broqua 2000 ; Trachman 2018a) ou des contenus médiatiques, comme les films pornographiques, qu'il s'agisse de leur production (Trachman 2013a) ou de leur réception (Vörös 2015). Si la sexualité hétérosexuelle « banale » – la sexualité contraceptée – n'est pas observable, comment alors y avoir accès ? Afin de pallier l'impossibilité d'une observation directe, il faut innover et prendre le parti « des arrangements originaux et de la sortie des routines, [...] voire du braconnage méthodologique » (Lemercier, Ollivier et Zalc 2013, p. 132). Suivons alors les traces de ce « braconnage », afin de restituer les matériaux qualitatifs et quantitatifs qui ont été utilisés et croisés dans le cadre de cette recherche pour reconstituer cette « banalité sexuelle » : archives et textes divers,

analyse de bases de données représentatives de la population, ethnographie en ligne ou encore entretiens semi-directifs.

4.1 Une histoire lacunaire : les sources écrites

Pour appréhender la manière dont les individus ont vécu leur sexualité ordinaire dans les années 1960 et 1970, il faut chercher à accéder à la parole des hommes et des femmes. Cet accès peut se faire en particulier via des textes ou des lettres de la période, des recueils de témoignages, des articles de journaux ou encore des pamphlets publiés à l'époque.

Les récits biographiques sont une première source possible (voir par exemple Schlagdenhauffen 2014a). On en trouve en particulier dans le fonds de l'Association pour l'autobiographie (APA), créée en 1992, située dans l'Ain et visant à collecter, conserver et valoriser des textes autobiographiques inédits. Les textes traitant de sexualité ont néanmoins déjà été étudiés par Anne-Claire Rebreyend dans le cadre de sa thèse soutenue en 2006, *Pour une histoire de l'intime. Sexualités et sentiments amoureux en France de 1920 à 1975*, ce qui aurait rendu une seconde recherche sur les mêmes sources redondante²³. Un seul récit à la première personne, paru en 1979 sous le titre *Vivre avec la peur au ventre* et préfacé par Benoîte Groult, a donc été utilisé, car il portait précisément sur la problématique étudiée. L'autrice, « Huguette Morière » (un pseudonyme), née en 1918, détaille sa vie et en particulier ses nombreux avortements clandestins, ainsi que les répercussions de l'absence de contraception efficace sur son couple et sa vie sexuelle (Morière 1979). S'il s'agit d'un récit de vie écrit *a posteriori*, cet ouvrage est un matériau précieux de par sa précision en ce qui concerne la sexualité, et en particulier le désir et le plaisir.

Les lettres sont également un matériau précieux, comme le montrent les nombreux travaux sur celles envoyées à Menie Grégoire (voir *supra*). Un recueil de lettres envoyées au milieu des années 1965 au magazine chrétien *Clair Foyer*²⁴, suite à une enquête sur « Les foyers face à la régulation des naissances » et publiée ensuite sous le titre *3000 foyers parlent. Une enquête de Clair Foyer sur la régulation des naissances* (Lambert et Lambert (dir.) 1966) a donc été utilisée²⁵. Le questionnaire avait recueilli plus de 2700 réponses souvent accompagnées de lettres. Le recueil donne ainsi accès à la parole d'hommes et de femmes de milieu rural, qui décrivent leur méthode de « régulation des naissances » et ce qu'ils et elles pensent d'une éventuelle autorisation de la pilule par la loi et par l'Église²⁶.

²³ Anne-Claire Rebreyend, dont la thèse a été soutenue en 2006, n'a néanmoins consulté que les archives déposées jusqu'en 2004 et consignées dans les numéros 1 à 6 du *Garde-mémoire* (le catalogue raisonné des textes déposés à l'APA) ; or le numéro 17 est sorti en octobre 2018, ce qui laisse désormais 11 numéros à étudier.

²⁴ Magazine au tirage de 440 000 exemplaires dont le lectorat était estimé à un million de personnes, principalement dans le monde rural.

²⁵ Pour une présentation détaillée de l'enquête et de sa place dans les controverses catholiques de l'époque, on pourra se reporter à Sevegrand 1995, p. 242-244.

²⁶ Pour une analyse d'un corpus proche, on pourra se référer à l'article de Magali Della Sudda, « Par-delà le bien et le mal, la morale sexuelle en question chez les femmes catholiques » (2016).

Des sources imprimées réunissent également des témoignages de l'époque. C'est le cas de *La vie en bleu. Voyage en culture ouvrière*, enquête du journaliste Jacques Frémontier sur le quotidien des ouvriers dans les années 1970, et en particulier sur les évolutions de leur vie privée et intime, qui se base sur des entretiens (1980). D'autres ouvrages de la période permettent également cet accès à une parole recueillie dans les années 1960 et 1970 auprès d'hommes et de femmes évoquant leur sexualité. C'est en particulier le cas d'un livre intitulé *La réalité sexuelle. Des femmes et des hommes disent les difficultés quotidiennes de leur vie sexuelle* (Droit et Gallien 1974). Les auteurs, Roger-Pol Droit et Antoine Gallien, y ont regroupé des retranscriptions complètes d'entretiens, simplement brièvement commentées à la fin (ainsi qu'un dernier chapitre dans lequel des médecins sont à leur tour interrogé·e·s sur « la réalité sexuelle »). Bien sûr, il ne s'agit pas d'un matériau « neutre » ou représentatif : les auteurs ont un but en menant et en regroupant ces différents textes, celui de témoigner des « difficultés sexuelles » de leur époque, et la retranscription même correspond à un travail d'écriture qui participe de la création des « données ». Cependant, ces entretiens permettent d'avoir accès à des représentations et des pratiques de l'époque, avec les mots de l'époque et sans la médiation du chercheur ou de la chercheuse.

D'autres sources permettent d'avoir accès à cette parole, de manière plus fragmentée néanmoins. La journaliste et écrivaine Fanny Deschamps²⁷ a ainsi interrogé, au milieu des années 1960, 133 hommes (des cadres moyens et supérieurs ainsi que quelques étudiants, âgés de 25 à 40 ans) sur leur « vision de la femme », et il est là aussi possible de trouver des extraits d'entretiens bruts (Fanny Deschamps 1968). On peut penser par ailleurs au recueil établi par Xavière Gauthier et intitulé *Dire nos sexualités* (Gauthier 1976), dans lequel des hommes et des femmes témoignent de leur sexualité. Mais il laisse largement de côté la question de la contraception, au profit de descriptions d'une sexualité « qui demande un grand effort et une imagination prolifique : il faut toujours se livrer à de nouvelles expériences, sinon impuissance et frigidity vous guettent » (Bernheim et al. (dir.) 2009, p. 211). Enfin, des ouvrages plus récents, qui regroupaient des entretiens faits *a posteriori*, ont permis de compléter la parole de l'époque : d'abord un recueil d'entretiens menés en Suisse romande au milieu des années 1990 auprès de femmes ayant entre 19 et 95 ans (près de 50 entretiens dont 38 présentés dans l'ouvrage). Ils concernaient la sexualité, la contraception et l'avortement (Barbey et Allaman 1997). Ensuite, un autre ouvrage de Xavière Gauthier, qui visait, à partir de témoignage de femmes sur la situation dans les années 1960-1970, à rendre compte de la *Naissance d'une liberté* qu'ont représentée l'autorisation de la contraception et de l'avortement (Gauthier 2002).

D'autres archives et d'autres types de documents, sans donner à entendre directement les « voix » des individus, ont également été extrêmement utiles dans la familiarisation avec la période de la légalisation de la contraception d'une part, puis de l'arrivée du VIH d'autre part. Une première

²⁷ Qui publiait notamment dans *Elle* à cette période-ci, et a écrit plusieurs articles pour défendre et promouvoir la contraception médicale.

source²⁸ a été les « Dossiers thématiques » constitués à partir de la presse par les documentalistes de la bibliothèque Marguerite Durand, spécialisée dans l'histoire des femmes et du féminisme. Ils permettent de remonter jusqu'aux années 1960 (seuls quelques rares documents sont antérieurs) et vont jusqu'à nos jours²⁹, donnant accès à une sélection choisie de coupures de presse grand public, de presse médicale et de presse féminine. Ils permettent en particulier d'avoir une idée de la représentation de la contraception et de ses effets sur la sexualité tout au long de la période. La bibliothèque de l'histoire de la médecine héberge également un fonds précieux, le fonds Dalsace-Vellay³⁰. Il s'agit des cartons d'archives des docteurs Jean Dalsace, gynécologue et ancien président du Mouvement Français pour le Planning Familial, et Pierre Vellay, son gendre, lui aussi gynécologue et pionnier de l'« accouchement sans douleur ».

Toujours dans les sources écrites, la production littéraire (essais, pamphlets, manuels, etc.) qui a eu lieu entre les années 1960 et 1980 concernant les effets possibles de la légalisation de la contraception constitue un matériel précieux. Ces textes sont particulièrement intéressants, car la sexualité y occupe souvent une place sinon centrale, du moins importante – alors même que le thème principal en est la contraception. Plusieurs types de personnes ont écrit pour pronostiquer, promouvoir ou dénoncer les effets éventuels de la diffusion de la contraception médicale sur la sexualité : des journalistes, des médecins, des militantes féministes ou encore des théologiens catholiques.

Parmi celles et ceux se positionnant en faveur de la légalisation, on peut citer d'abord les journalistes, en particulier Jacques Derogy, dont l'ouvrage *Des enfants malgré nous* fait grand bruit dès 1956 (Derogy 1956 ; pour une analyse voir Sanseigne 2009), mais aussi la journaliste Fanny Deschamps, qui publie de nombreux articles sur le sujet (par exemple dans *Elle*). Une autre figure centrale est Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, gynécologue fondatrice en 1956 de l'association Maternité heureuse, qui deviendra en 1960 le Mouvement français pour le Planning familial (voir Bard et Mossuz-Lavau (dir.) 2006 ; Pavard 2012). Dans une optique militante, visant à encourager la légalisation de la contraception médicale, elle publie de nombreux ouvrages qui rendent compte de son expérience de médecin et des situations des patientes qu'elle reçoit (Lagroua Weill-Hallé 1960 ; Lagroua Weill-Hallé 1966). L'étude menée entre 1956 et 1965 et qui porte sur 7 600 dossiers de contraception de patientes auxquelles elle a prescrit, malgré l'interdiction, des diaphragmes ou la pilule, est particulièrement intéressante (Lagroua Weill-Hallé 1967a). L'échantillon est celui de son cabinet et surreprésente fortement les couples ayant obtenu des diplômes d'études supérieures. On peut souligner déjà que les questions du désir et du plaisir sont très présentes dans le questionnaire, qui interroge sur l'influence du mode de contraception sur le plaisir, sur le désir, mais aussi sur la fréquence des rapports sexuels. Ces ouvrages permettent souvent d'avoir accès à des témoignages de patientes. Elle signe en

²⁸ Sur une suggestion de Michelle Zancarini-Fournel, que je remercie de m'avoir indiqué l'existence de ces « Dossiers thématiques ».

²⁹ Voir annexe B, section 2.1.1 pour le détail des dossiers consultés.

³⁰ Je remercie Alexandra Roux de m'avoir suggéré de consulter ce fonds.

outre le versant « Pour » d'un ouvrage de la collection « Pour ou contre » sur la pilule et le planning familial (Lagroua Weill-Hallé 1967b). Ses écrits sont relayés par des militantes féministes comme Catherine Valabrègue, qui promeut la possibilité d'un planning familial en s'appuyant elle aussi sur des témoignages (Valabrègue 1966). D'autres médecins militant·e·s s'intéressent aussi à la question de la contraception et à ses effets sur la sexualité, comme la gynécologue Suzanne Képès (1972). Nombreux·ses sont par ailleurs, à l'époque, les médecins qui publient des sortes de manuels visant à dévoiler aux couples – uniquement – *La vérité sur la contraception* et sur les méthodes qui existent (Barrau et Perrin 1966 ; voir également Maillard 1970). Ils ouvrent ainsi la voie aux nombreux « guides pratiques » qui seront publiés au cours des décennies suivantes (voir par exemple Bello, Dolto et Schiffman 1983).

Du côté des théologiens catholiques, des hommes en écrasante majorité, nombreux sont ceux qui se prononcent pour un « planning familial humain » (Prudence 1964) – c'est-à-dire qu'ils s'opposent à la légalisation des méthodes médicales (sur le sujet voir Sevegrand 2017). Parmi ceux qui se positionnent contre toute contraception en dehors de l'abstinence, on peut citer le médecin et écrivain Paul Chauchard, qui se fait l'apôtre proluxe d'une sexualité « digne », loin de la « folie contraceptive » (Chauchard 1965 ; Chauchard 1966 ; Chauchard 1969). C'est aussi lui qui signe le « Contre » la pilule auquel Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé apporte une réponse (Chauchard 1967). Certains catholiques témoignent cependant, avant Vatican II, de leur soutien à la légalisation de la contraception (voir Sevegrand 1995) : c'est par exemple le cas du journaliste catholique Pierre Corval, qui publie en 1968 un ouvrage promettant au couple un « nouvel avenir » grâce à « une contraception intégrée à l'amour » (Corval 1968).

Parmi les mouvements féministes, enfin, c'est principalement à partir des années 1970, avec l'émergence entre autres du Mouvement de libération des femmes, que des textes sont publiés pour rappeler l'importance de la contraception et appeler à une légalisation de l'avortement, en même temps que pour exiger une « libération » des femmes qui passe aussi par celle de leur sexualité (le numéro 54-55 de la revue *Partisans* titre ainsi, en 1970 : « Libération des femmes. Année zéro »). On trouve par exemple, vers 1972, un supplément au cinquième numéro du journal féministe *Le Torchon brûle* intitulé « Contraception, sexualité, réformisme, avortement, gratuité », tandis que Simone Iff, présidente du Mouvement français pour le planning familial de 1973 à 1981, consacre en 1975 un chapitre d'un de ses ouvrages à « Contraception et libération sexuelle » (Iff 1975).

Les différents textes de ce corpus (récapitulés en annexe B) permettent de dessiner un paysage des représentations et des pratiques en matière de contraception et de sexualité dans les années 1960 et 1970 ainsi que, dans une moindre mesure (il s'agit principalement dans ce cas des « Dossiers thématiques » de la bibliothèque Marguerite Durand), dans les années 1980. S'appuyer sur ces écrits permet de mieux comprendre dans quel contexte l'arrivée de la pilule (puis du VIH) a été appréhendée,

ainsi que les effets que cela a pu avoir aussi bien sur la vie sexuelle que, plus généralement, sur les rapports de genre.

4.2 Utiliser les enquêtes sociologiques quantitatives

L'intérêt des travaux de recherche menés au moment même où se déroulent les évolutions sociales est qu'ils permettent d'avoir un accès direct aux individus, à leurs pratiques et à leurs représentations, sans que le chercheur ou la chercheuse n'ait à reconstituer ces dernières à partir d'indices disséminés. Pour comprendre la manière dont la légalisation de la contraception médicale, puis l'arrivée du VIH, ont pu contribuer à modifier le rapport à la sexualité dans le second XX^e siècle, s'intéresser aux enquêtes qui ont été produites au fur et à mesure est donc crucial et permet de compléter efficacement les travaux des historien-ne-s, comme le souligne Michel Bozon :

Les enquêtes sociologiques représentent de véritables *archives raisonnées*, à plusieurs titres. Elles sont constituées à partir de dispositifs de recherche qui définissent rigoureusement la population visée, le mode d'échantillonnage – lequel ne vise pas toujours la représentativité – et le protocole d'interrogation. (Bozon 2009b, p. 227)

Il ne s'agit cependant pas de considérer que les enquêtes démographiques ou sociologiques sont elles-mêmes exemptes de tout biais. La simple collecte de données sur des pratiques (contraceptives ou sexuelles en l'occurrence) conduit à des sur ou des sous-déclarations qui varient selon les caractéristiques des individus, comme leur sexe (par exemple concernant le nombre de partenaires sexuel-le-s déclaré-e-s voir Leridon 2008). Lorsqu'il s'agit de déclarations rétrospectives, on enregistre en outre un effet du temps, comme on le voit concernant la contraception : « La prévalence globale (utilisation d'une méthode médicale ou traditionnelle quelconque) est toujours surestimée dans les données biographiques rétrospectives, pour toutes les années où la comparaison est possible. Le biais semble d'autant plus important que l'on remonte plus loin en arrière. » (Rossier, Leridon et l'équipe Cocon 2004, p. 463). Et dans tous les cas, il faut prêter attention aux mots utilisés, dont le sens peut jouer sur la compréhension des questions par les personnes interrogées selon la compréhension qu'elles en ont et le sens qu'elles leur donnent (Bessière et Houseaux 1997, p. 102-107). Cependant, si l'on garde en tête ces restrictions, les enquêtes menées depuis les années 1960 représentent un matériau riche et sur lequel il est nécessaire de s'appuyer.

J'ai analysé les résultats de plusieurs enquêtes anciennes sur la sexualité et sur la contraception (voir *supra* pour une recension de ces enquêtes), mais j'ai travaillé plus précisément sur les données de trois enquêtes : ceux de l'enquête Contexte de la sexualité en France, menée en 2006, et sur les bases de données des enquêtes Fecond (Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles) de 2010 et de 2013 (celle menée suite à la « crise de la pilule » de 2012). Les résultats obtenus ont l'avantage d'être représentatifs – mais dans la mesure où je n'ai pas participé à la conception du questionnaire, les questions posées sont souvent en décalage avec mes interrogations. C'est pourquoi un « va-et-vient » (Weber 1995, paragr. 21) entre travail statistique et travail plus ethnographique s'est avéré indispensable.

4.3 Peut-on mener une ethnographie en ligne de la sexualité ordinaire ?

La littérature grise sur la sexualité est pléthorique : ouvrages de psychologues ou de sexologues (voir par exemple Brenot 2013a ; Brenot 2013b), de journalistes (voir par exemple Emmanuelle 2016), de militant·e·s de la cause féministe (Ovidie et Diglee 2017) ou au contraire de groupes conservateurs (Jacob-Hargot 2016 ; Durano 2018), etc. Cependant, ces ouvrages s'appuient majoritairement plutôt sur les *représentations* que sur les *pratiques* elles-mêmes. Lorsqu'ils reposent tout de même sur une enquête portant sur les pratiques, les auteurs/trices ont tendance à généraliser des résultats restreints, généralement obtenus grâce à des échantillons de volontaires ou des panels d'instituts de sondage, par exemple à l'aide d'un questionnaire sur internet, sans que la spécificité de ce mode de recrutement et des personnes qu'il surreprésente nécessairement ne soit interrogée. C'est également le cas des nombreux articles sur le sujet, dans la presse papier comme dans celle en ligne, qui s'appuient souvent sur quelques cas ou sur des sondages de circonstance et sans assise statistique solide. Je n'ai donc pas cherché à effectuer une analyse de ce type de sources, estimant qu'elles n'apporteraient que des données concernant les représentations sociales – et plus précisément celles du milieu social de leurs auteurs/trices – plutôt que les pratiques elles-mêmes.

Internet est également une source qui vient rapidement à l'esprit lorsque l'on cherche des moyens de connaître les pratiques ordinaires (Martin et Dagiral (dir.) 2016), en particulier les pratiques sexuelles hétérosexuelles. Ce sont en particulier les forums qui semblent être des sources intéressantes, dans la mesure où l'on y trouve parfois des récits détaillés de pratiques et (surtout) de problèmes sexuels. L'utilisation d'internet pour ethnographier l'intime commence d'ailleurs à être de plus en plus importante : on peut penser aux blogs analysés par Marie-Carmen Garcia pour son étude de l'extraconjugalité durable (2016), aux sites visités par Florence Maillochon dans la sienne sur le mariage (2016) ou encore aux 134 récits d'accouchement à domicile glanés en ligne par Geneviève Pruvost (2016). L'étude des forums est également heuristique concernant la contraception, pour comprendre les modalités de la formation des savoirs sur la question (Bruchez, del Rio Carral et Santiago-Delefosse 2009) ou encore celles du choix de la contraception après une naissance (Pierrepont 2011). Les sites internet peuvent également être étudiés, comme l'ont fait Marie Bergström avec les sites de rencontre (2011) ou Florian Vörös avec les sites pornographiques (2015). « L'observation ethnographique en ligne » (Jouët et Le Caroff 2013) est ainsi un véritable terrain potentiel pour qui s'intéresse à l'intime : elle permet bien une accessibilité immédiate des données, mais aussi d'en apprendre beaucoup sur les individus à leur insu (pour une réflexion plus approfondie sur le sujet voir Gauthier et Mercier 2017, ainsi que les autres articles de ce dossier sur les « Intimités numériques »).

J'ai donc rapidement commencé à chercher des lieux virtuels permettant d'avoir un accès direct à la parole des individus sur leur sexualité et leur contraception. Les « groupes privés » du réseau social Facebook sont pour cela très riches, en particulier lorsque l'on s'intéresse à des méthodes de contraception peu diffusées et peu légitimes, sur lesquelles il est difficile d'avoir des informations. J'ai

ainsi rejoint des groupes d'utilisateurs/trices et de militant-e-s de la méthode symptothermique et de la stérilisation contraceptive. J'ai aussi fait des relevés de témoignages et de contenu sur les sites de deux associations catholiques qui prônent ces méthodes (le CLER – Amour et famille³¹ et la Méthode Billings³²) ainsi que sur celui d'une association basée en Suisse, qui est également engagée pour leur développement, et dont le slogan est «une méthode naturelle pour gérer sa fertilité»: la Symptothermie³³. C'est en particulier l'image d'elles-mêmes que ces associations cherchaient à donner en ligne qui m'a intéressée.

C'est également vers le site français le plus connu en matière de santé que je me suis tournée d'abord : Doctissimo.fr, et en particulier ses forums. J'ai fait des relevés de différents fils de discussion, dans les forums « Contraception » et « Désir et plaisir », en cherchant en particulier des situations où la contraception, généralement invisibilisée, resurgissait sous forme de problème pour la sexualité. Le cas le plus fréquemment mentionné sur les forums est celui de l'imputation d'une « perte de libido » à la prise d'un contraceptif hormonal, en particulier de la pilule. On trouve des témoignages nombreux, comme celui de « venusia9 », posté en septembre 2015 dans le forum « Contraception » et reproduit tel quel :

Bonjour, je viens partager mon expérience personnelle concernant le contraceptif en général. J'ai bientôt 30 ans et j'ai pris pendant plusieurs années la pilule, au fil du temps, ma libido a beaucoup baissé jusqu'à ce que j'arrête pour avoir mon fils. Après cela, j'ai voulu opté pour l'implant contraceptif sans plus me renseigner que cela et là absence totale de règle et libido inexistante !! Je n'ai fait le rapprochement que longtemps après, là, je l'ai fait enlevé pour bébé 2 et je peux vous assurer que mon appétit sexuel est omniprésente ! J'aurai pu briser mon couple en refusant très souvent ou en n'entreprenant rien la première. Aujourd'hui, nous sommes comblés et il est hors de question que je reprenne quoi que ce soit, après bébé, nous envisageons l'opération pour ne plus avoir d'enfant car nous en voulons 2 et ce sera fait ! Je ne sais pas si vous avez été plusieurs à vivre ça, je sais que chaque corps est différent, mais aujourd'hui, je fais à nouveau les choses par désir, envie et non plus par obligation ou peur qu'il aille voir ailleurs. Nous essayons de nouvelles choses et je retrouve des sensations que j'avais cru disparues, j'en demande souvent, plusieurs fois par jour. je souhaiterais avoir des témoignages si vous avez vécu cette même expérience et savoir si cette forte libido se calmera parce que je vois que je le fatigue beaucoup. Merci³⁴

Sans analyser ce message en profondeur, on peut voir qu'il permet d'avoir accès à une situation où la contraception pose problème pour la sexualité, en particulier en matière d'accord des désirs sexuels de la femme et de son partenaire. On se trouve ainsi face à une première manière d'accéder aux parcours sexuels et contraceptifs de manière plus qualitative, sans avoir à imposer des mots ou des catégories aux enquêté-e-s. On peut mettre cela en lien avec l'analyse possible de récits sexuels, et en particulier des « histoires sexuelles », pour reprendre le terme de Ken Plummer (1994), qui peuvent elles-mêmes être

³¹ Source : <http://methodes-naturelles.fr/>, consulté le 3 octobre 2015.

³² Source : <https://www.methode-billings.com/>, consulté le 3 octobre 2015.

³³ Sources : <https://symptothermie.com/> et <http://blog.sympto.org/>, consultés le 5 octobre 2015.

³⁴ Source : http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/libido-contraception-sujet_265503_1.htm, posté le 2 septembre 2015, consulté le 8 octobre 2015.

diverses : « le journal intime, les confessions publiques à la télévision, les confessions judiciaires faisant suite à des crimes sexuels, les récits de thérapie ou de problèmes sexuels de toutes sortes » (Gianni 2000, paragr. 17). Internet permet d'augmenter cette liste, et donc le nombre « d'histoires sexuelles » susceptibles d'être recueillies.

Cependant, l'utilisation que l'on peut en faire est très limitée : l'ethnographie en ligne a en effet la caractéristique de « réduire les individus à leurs traces sans restituer le contexte et les motivations de leur production » et de ne pas permettre de connaître leurs caractéristiques sociales (Jouët et Le Caroff 2013, p. 148). On comprend bien ici que « venusia9 » a 29 ans, un enfant et qu'elle est en couple – mais on ne sait rien d'autre. Par ailleurs, s'intéresser à la sexualité contraincée à travers les forums fait l'effet d'un prisme déformant : si les individus ressentent le besoin de poster des messages, c'est généralement que leurs situations sont ou ont été problématiques, et on a vite l'impression que la majorité des femmes connaissent une baisse de libido suite à la prise de pilule et que la majorité des hommes ont des difficultés à utiliser un préservatif. Il faut être particulièrement prudent·e dans l'utilisation de ces données, et ce d'autant plus que dans le cas d'internet en particulier, « les technologies sont riches de potentialités d'usage et [...] les formes de leur appropriation sont très variées » (Martin 2013, p. 224). Après avoir effectué plusieurs relevés sur le site, il m'est donc apparu indispensable d'utiliser également d'autres données que celles de l'ethnographie en ligne.

4.4 « Sources orales » et entretiens sur la sexualité

Plutôt que de m'en tenir à des récits préexistants ou de passer par l'intermédiaire de l'écrit³⁵, j'ai décidé d'essayer d'accéder directement à la parole sur la sexualité en procédant par entretiens semi-directif, courants en sociologie mais moins en histoire, où rares sont encore les travaux de recherche qui s'appuient sur ce qui peut être qualifié de « sources orales³⁶ ».

La reconnaissance des entretiens en tant que sources historiques à part entière a été longue et ardue (Descamps 2001). Comme l'a bien montré Florence Descamps (2006, p. 9-39), les entretiens ont d'abord été utilisés, à partir des années 1970, pour faire l'histoire des « dominé·e·s », de celles et ceux dont le passage ne laisse pas toujours de traces écrites – et en particulier des femmes (Dermejian et Loiseau 2006 ; Zancarini-Fournel (document non publié)). Puis sont venues les années 1990, et avec elles « l'ère des commémorations » (Descamps 2006, p. 24) et le développement d'une logique patrimoniale, alors que commençaient à mourir celles et ceux qui avaient été les « témoins directs des grands événements fondateurs ou traumatiques du XX^e siècle » (*Ibid.*). Ainsi, les sources orales se sont progressivement banalisées. Leur spécificité et leur valeur tiennent dans ce qu'elles permettent :

³⁵ Par exemple via des « journaux intimes sexuels » (« *sexual diaries* »), comme l'a fait le sociologue anglais Anthony Coxon, spécialiste des sexualités masculines et du VIH (Coxon 1988 ; Coxon 1999). Néanmoins cette technique demande une très grande implication des enquêté·e·s, ce qui rend le recrutement ardu.

³⁶ Pour un point sur la querelle sémantique qui a opposé les partisan·e·s de « l'histoire orale » à celles et ceux des « archives orales », des « témoignages oraux » puis, finalement, des « sources orales », voir l'entretien de Florence Descamps (Müller 2006, p. 97).

Saisir les opinions civiques ou politiques des individus, leurs perceptions, leurs sentiments, leurs émotions, leurs affects, leurs passions, leurs rêves, leurs motivations, leurs justifications, leurs intentions, leurs calculs et leurs stratégies, leurs normes, leurs valeurs, leurs croyances, leurs cultures sociales, familiales ou communautaires. (Descamps 2006, p. 35)

En particulier, ces sources rendent possible un accès à « tout ce qui relève du secret, du confidentiel, de l'occulte, de l'intime et du clandestin, tout ce qui évite d'être consigné par écrit et qui se transmet uniquement par oral » (*Ibid.*, p. 35) – voire qui ne se transmet pas, pourrait-on ajouter. Leur intérêt est donc crucial lorsque l'on s'intéresse à l'histoire de la sexualité, et d'autant plus à celle d'une sexualité largement conjugale, qui n'a pas ou peu laissé de traces dans les registres médicaux ou judiciaires. Or, elles semblent peu utilisées dans ce sens. À ma connaissance, parmi les seules recherches historiques françaises s'intéressant (entre autres) à la sexualité et ayant largement fait appel aux entretiens, on trouve le travail de thèse de Frédérique El Amrani-Boisseau (2012), dont est tiré son ouvrage *Filles de la Terre. Apprentissages au féminin (Anjou 1920-1950)*³⁷ ainsi que celui de la politiste Lucile Ruault (2017), dans le cadre de sa thèse intitulée *Le spéculum, la canule et le miroir. Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)*. Si ces recherches témoignent de la nécessité de confronter les sources, elles mettent aussi en lumière le caractère indispensable des sources orales dans un contexte de pénurie relative des archives portant sur la sexualité « ordinaire ».

Utiliser des entretiens m'a donc semblé indispensable non seulement pour enquêter sur la période contemporaine, mais également sur le passé. Cependant, la posture historienne vis-à-vis des entretiens se distingue de la posture sociologique. Dans la première, les individus sont considérés comme des « témoins » d'une époque, et c'est leur discours seul – ou du moins principalement – qui forme la « source » du/de la chercheur/se. Dans la seconde, au contraire, ainsi que le souligne la sociologue et anthropologue Florence Weber dans son dialogue avec l'historienne Florence Descamps, l'entretien « ne peut pas être conçu en dehors des interactions entre l'enquêteur et l'univers social où son intervention, sa présence vont changer les choses. Ces changements vont précisément lui apprendre ce qu'est cet univers social. À partir de là, l'idée de l'entretien comme texte devient problématique » (Müller 2006, p. 98). Ainsi le ou la sociologue ne recueille pas seulement un discours, mais analyse également une interaction sociale au cours de laquelle un discours est produit.

J'ai donc effectué des entretiens dans une double perspective : à la fois historienne pour les enquêté-e-s les plus âgé-e-s, et sociologique pour tou-te-s. Au total, j'ai mené et intégralement

³⁷ Dans le cadre de cette recherche sur la vie de jeunes filles en Anjou au cours du premier XX^e siècle, elle a interrogé, entre 2002 et 2005, en entretiens individuels ou de groupes, 118 femmes nées entre 1905 et 1935 (ainsi que quelques hommes). Il s'agissait de rendre compte de la jeunesse de ces femmes et donc, entre autres, de leur découverte et de leur apprentissage de la sexualité.

retranscrits 71 entretiens semi-directifs (voir le chapitre 2 pour une analyse plus détaillée du recrutement des enquêté·e·s et du déroulement des entretiens).

4.5 De l'entretien au portrait sociologique

Pour pouvoir articuler mes entretiens avec le reste des matériaux recueillis dans le cadre de cette enquête sociohistorique, j'ai décidé de procéder à des « portraits » des enquêté·e·s³⁸. Il s'agissait de mettre en évidence le fait que chacun et chacune est un « objet construit et non [une] réalité empirique complexe inatteignable en tant que telle » (Lahire 2002, p. 2). Ces portraits permettent d'accéder à la complexité des comportements ainsi qu'aux variations diachroniques et synchroniques de ceux-ci concernant la sexualité et la contraception – sans pour autant limiter à cela l'analyse sociologique. Effectuer des portraits à partir de ces entretiens est donc un moyen de reconstituer et de remettre en ordre les différents moments et éléments du parcours sexuel et contraceptif des enquêté·e·s, un peu à la manière des « carrières sexuelles » masculines reconstituées par Michel Dorais (1992), mais qui visaient pour leur part « principalement à étudier la succession d'événements, de situations et de partenaires qui ont jalonné l'existence des individus » (Gianni 2000, paragr. 20). Si le fait de rassembler quelques éléments sur chaque enquêté·e, sous forme de tableaux et/ou en quelques lignes, est la norme en sociologie, ce n'est pas toujours le cas de la technique qui implique une étude plus longue et détaillée de chaque (ou de quelques) enquêté·e·s. Souvent, ce type de procédé est utilisé dans des ouvrages qui sont presque uniquement composés de ces « portraits », parfois très courts et accompagnés de l'entretien retranscrit : c'est le cas dans *La Misère du monde* (2015 [1993]), dirigé par Pierre Bourdieu (où portraits et entretien se succèdent pour chaque enquêté·e), ou encore dans l'ouvrage que Michel Offerlé a récemment dirigé sur les *Patrons en France*, qui se compose de 36 portraits suivis de larges extraits d'entretien (2017).

Différentes enquêtes de sociologie du couple, de la sexualité ou de la contraception adoptent cette démarche. On peut penser ainsi aux quatre longs « parcours d'amoureux clandestins » réunis par Marie-Carmen Garcia en annexe de son ouvrage sur l'extraconjugalité durable, qui visent à proposer « une promenade exploratoire dans des jardins secrets dont les protagonistes nous ont largement ouvert les portes », chaque histoire constituant « une configuration exemplaire des récits recueillis pour cet ouvrage » (Garcia 2016, p. 211). Ces « parcours » comportent quelques extraits issus des entretiens, mais sont en dehors de ceux-ci largement reformulés. Cette méthodologie est néanmoins utilisée de manière plus systématique dans deux autres ouvrages du champ de la sociologie de la sexualité.

Dans leur recherche sur la contraception avec l'équipe Giné, Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Danièle Hassoun entreprennent par exemple de présenter la manière dont une partie de leurs 73 enquêtées s'est retrouvée dans une situation de grossesse non désirée, en 10 à 25 lignes pour chacune. Le but est d'« illustrer les oppositions les plus structurantes de la typologie » (Bajos, Ferrand et

³⁸ Ils sont réunis dans une annexe qui forme un volume distinct (l'annexe « Portraits des enquêté·e·s »).

Hassoun 2002, p. 48), et les cas sont répartis en fonction de leur rapport à la norme contraceptive : « L'esprit et la règle », « L'esprit sans la règle », « Ni l'esprit ni la règle » (*Ibid.*, p. 50-67). Cependant, ces descriptions rapides sont très centrées sur les circonstances et la gestion de cette grossesse non désirée, ce qui pousse les autrices à ajouter ensuite (*Ibid.*, p. 68-74) quatre portraits de femmes beaucoup plus détaillés et accompagnés d'un titre (« Sonia ou la carence d'information » ; « Nadia : la domination masculine », etc.) afin de « ne pas minimiser le caractère incontestable de l'intrication des déterminants à l'œuvre dans l'échec de contraception » et de « mieux saisir la construction complexe du rapport des femmes à la norme contraceptive, construction qui ne peut se comprendre, la plupart du temps, qu'à travers une lecture fine de la trajectoire personnelle, familiale, relationnelle, voire professionnelle de la femme » (*Ibid.*, p. 67). Ces portraits utilisent parfois des mots d'enquêtées, signalés par des guillemets et des italiques.

De la même manière, dans leur recherche sur la sexualité des jeunes, Alain Giami et Marie-Ange Schiltz entreprennent de présenter leurs enquêtée-s sous forme de « vignettes³⁹ » visant à « illustrer une singularité et une diversité d'expériences personnelles dans un contexte social et à restituer l'expérience sexuelle de ces personnes dans leur parcours biographique et leur situation actuelle, afin de dégager les significations qu'elles attribuent à leur expérience » (Giami et Schiltz 2004, p. 71). Chaque « vignette » est présentée en trois temps : d'abord les « Éléments de biographie », puis une discussion des deux entretiens effectués avec la personne (« Dynamique des entretiens ») et enfin une comparaison des entretiens et du questionnaire rempli par l'enquêtée (« Entretien/Questionnaire ») (*Ibid.*, p. 71-104). Là encore, les mots utilisés par les enquêtée-s sont fréquemment rapportés.

De mon côté j'ai cherché à regrouper et à ordonner les informations sur chaque enquêtée dans un « portrait » d'une à quatre pages. Un des buts était d'éviter de « produire des artefacts en faisant reposer le travail interprétatif sur des entretiens largement décontextualisés » (Beaud 1996, p. 232), mais de se donner au contraire un lieu pour aborder plus en détail le rapport enquêtrice/enquêtée, les caractéristiques objectives de l'enquêtée et son parcours détaillé. Une fois le portrait effectué, j'ai déterminé un « titre » pour chacun, devant permettre de se souvenir rapidement du contenu général de l'entretien et des objets ou problématiques qui y sont abordées. Si réaliser des « portraits » permet de connaître plus intimement les entretiens, cette démarche a aussi une vertu théorique : elle permet de réunir tous les éléments qui doivent servir à la problématisation. Ainsi, ces portraits devaient permettre « de *décrire* un phénomène, ensuite de chercher à en *comprendre* le fonctionnement interne – tensions et dynamiques comprises – ; et d'élaborer un *modèle* de ce fonctionnement sous la forme d'un corps d'hypothèses plausibles » (Bertaux 2016, p. 25). Il s'agit donc d'une démarche au but double : heuristique et démonstrative.

³⁹ L'auteur et l'autrice rapprochent la construction de ces « vignettes » de « la tradition clinique qui visait à construire des “cas” en vue de les intégrer dans une “classification” psychopathologique » (Giami et Schiltz 2004, p. 72).

À un niveau individuel, chaque portrait, en mettant en évidence les points saillants des entretiens, permet de dévoiler des récurrences, des ambivalences et des contradictions internes qui se jouent autour de la contraception et/ou du rapport à la sexualité. Pour chaque enquêté·e, on peut ainsi discerner comment s'articulent les tentatives de mettre en concordance un discours et des pratiques qui peuvent différer. On distingue aussi la manière dont ils et elles essaient de s'adapter, et d'adapter le récit fait de leurs pratiques, aux injonctions contradictoires multiples qui concernent la sexualité comme la contraception. Ainsi « le portrait devient un point de départ (et non plus d'arrivée avec l'illustration) : partir du singulier pour comprendre le social » (Singly et Martuccelli 2009, p. 111). Ces portraits ne visaient donc pas à illustrer des cas généraux que j'aurais au préalable identifiés. Dans une démarche inverse et inductive, mon objectif était plutôt, en m'appuyant sur la multiplication de cas individuels, de mettre au jour des régularités.

Si ces portraits sont donc utiles à l'analyse générale, ils sont à mon sens aussi utiles en tant que descriptions individuelles. C'est pourquoi il m'a semblé important de les joindre à la thèse en tant qu'annexe. D'abord, cela permettra à la lectrice ou au lecteur de « repérer la diversité des vies, et les processus par lesquels le social travaille chacune d'entre elles » (Singly et Martuccelli 2009, p. 114). Si l'échantillon n'est pas – et n'ambitionne pas d'être – représentatif de la population, la comparaison des portraits permet de mettre au jour l'effet des structures sociales, de l'évolution des lois, de la situation conjugale, etc. Par ailleurs, cela donne la possibilité de recontextualiser les extraits présentés dans le corps de la thèse. Enfin, cela confère à tou-te-s les enquêté·e-s un statut égal, que l'utilisation que je fais de leur entretien dans la thèse soit plus ou moins approfondie. Ainsi, en lisant certains de ces portraits d'hommes et de femmes ordonnés par ordre chronologique, de l'enquêtée la plus âgée au plus jeune, les lectrices et lecteurs pourront suivre le fil des changements survenus au cours depuis les années 1960, aussi bien dans le domaine de la contraception que dans celui de la sexualité, et accéder à une partie de la diversité de la sexualité contemporaine et de sa « banalité ».

Imaginer une enquête sur la sexualité contraceptée et sur ses évolutions depuis les années 1960 nécessite de mettre en place un dispositif de recherche multiforme : historique et sociologique, quantitatif et qualitatif, en ligne et hors-ligne, appuyé sur des sources écrites et orales, permettant la comparaison mais également l'analyse individuelle.

5 Conclusion

Les recherches sur la contraception sont nombreuses, en particulier dans les champs de la démographie et de l'épidémiologie, mais également en sociologie. De même, les études sur la sexualité se sont largement développées au cours des trente dernières années – même si l'intérêt pour la sexualité hétérosexuelle semble encore largement cantonné aux perspectives quantitatives. Cependant, seuls deux types de travaux proposent véritablement de penser la « sexualité contraceptée » : d'une part, les quelques travaux féministes publiés alors que se diffusait la contraception médicale, visant à remettre

en cause son hégémonie et la sexualité qu'elle dessine ; d'autre part, des travaux contemporains, menés en particulier aux États-Unis, qui s'inscrivent dans les « *health sciences* » et qui ambitionnent pour leur part, dans une optique prescriptive, de déterminer les méthodes contraceptives s'adaptant au mieux à la sexualité des individus, voire permettant de l'améliorer. En France, les travaux qui ont pensé ensemble sexualité et contraception de manière empirique se font principalement en rapport avec le VIH/sida, et donc en se focalisant sur l'utilisation du préservatif masculin.

Ainsi, la naturalisation de la « sexualité contrainte », son caractère désormais évident et banal dans le cadre de rapports hétérosexuels, se donne à voir non pas seulement dans les représentations et dans les pratiques, mais également dans les recherches sur ces dernières. Les nombreux travaux sur la contraception d'une part, sur la sexualité de l'autre, offrent néanmoins des ressources précieuses. Ils permettent de s'interroger de manière précise sur les recompositions de la sexualité hétérosexuelle et des rapports de genre dans le contexte actuel, alors que la contraception médicale semble acquise.

C'est à partir de ces différents travaux que l'on peut poser les bases d'une enquête sociohistorique sur la « banalité » de la sexualité contrainte, ainsi que sur l'évolution de celle-ci, en France, depuis les années 1960. En s'appuyant tant sur des sources historiques (archives, textes de l'époque) que sur des outils sociologiques (enquêtes quantitatives, entretiens semi-directifs, ethnographie en ligne), il devient alors possible de créer les conditions d'une enquête multiforme sur la sexualité hétérosexuelle ordinaire.

Chapitre 2. Faire parler de la sexualité contraincée

Contrairement à d'autres pratiques, dans la grande majorité des cas, la sexualité ne se laisse pas observer (Bozon 1995). Mais il peut également être difficile d'en rendre compte avec des mots, ce qui complique singulièrement le travail sociologique. C'est un domaine qui est largement considéré comme relevant de « l'intime », et donc de l'irracontable, en particulier lorsqu'il est question de pratiques sexuelles conjugales (Ferrand et Mounier 1993, p. 1457). Comment, alors, accéder à cette « banalité sexuelle » et faire parler de la sexualité contraincée ?

Malgré les difficultés qu'elle rencontre, l'enquête par entretiens sur la sexualité est particulièrement heuristique en ce qu'elle permet d'accéder non seulement aux représentations, mais également aux pratiques et aux comportements détaillés des individus. Les entretiens permettent ainsi d'emprunter une démarche inductive, et de rester au plus près des catégories d'entendement des personnes interrogées. Mais la mise en place du dispositif d'enquête sur l'intime présente des difficultés. Constituer ces dernières en « objets d'étude potentiellement riches en informations » (Christine Guionnet in Guionnet et Rétif (dir.) 2015, p. 27) permet de mieux appréhender le rapport des individus à la sexualité. C'est d'abord la mise en place du dispositif d'enquête, en l'occurrence le recrutement des enquêté-e-s, qui doit être analysée. Mais le premier élément à prendre en compte pour commencer à comprendre la sexualité ordinaire est de s'intéresser à la relation d'enquête elle-même et, en particulier, aux déterminants genrés du rapport entre enquêtrice et enquêté-e-s.

1 Avec qui parler de sexualité contraincée ?

Pour mener des entretiens sur les parcours sexuels et contraceptifs, j'ai d'abord dû déterminer les personnes à interroger. Il est impossible et inutile de viser à l'exhaustivité avec une enquête qualitative, et « l'implicite quantitatif » qui va souvent de pair avec les enquêtes par entretiens charrie son lot de problèmes, en premier lieu duquel le risque de ne pouvoir accorder finalement à ces entretiens qu'un « statut illustratif » (Beaud 1996, p. 231-235). Le but de l'entretien étant au contraire de « faire apparaître la cohérence d'attitudes et de conduites sociales, en inscrivant celles-ci dans une histoire ou une trajectoire à la fois personnelle et collective » (*Ibid.*, p. 234), il ne s'agissait pas de tendre vers un illusoire caractère représentatif de l'échantillon.

Cependant, je ne voulais pas non plus faire un nombre d'entretiens trop restreint, car je désirais obtenir un échantillon diversifié afin de pouvoir tester différentes hypothèses. Ce qui me semblait le plus important était d'avoir accès à des utilisateurs et utilisatrices de toutes les méthodes contraceptives existant aujourd'hui en France, dans la mesure où l'articulation entre celles-ci et la sexualité est au cœur de mon étude. C'est donc l'axe principal qui a présidé au recrutement des enquêté-e-s. Par ailleurs, je voulais interroger des hommes et des femmes, car la contraception n'est que trop souvent étudiée

uniquement à travers la parole des femmes, là où les hommes sont tout autant concernés. Afin de ne pas contribuer à naturaliser l'idée que la contraception est uniquement une affaire de femmes, interroger des hommes était indispensable. Cela me semblait d'autant plus nécessaire que, les rapports à la sexualité étant genrés (Kimmel 2005 ; Déroff 2007a ; Ferrand, Bajos et Andro 2008), analyser la place de la contraception dans la construction différenciée de la sexualité pour chaque groupe de sexe est primordial. Pouvoir observer des variations d'âge, et donc de génération, était également important dans le cadre d'une démarche sociohistorique. Il me semblait par ailleurs nécessaire de ne pas me centrer uniquement sur les plus jeunes, encore proches du moment de leur entrée dans la sexualité. Enfin, je voulais tester des hypothèses liées à la possession de différents types de capitaux, en particulier culturels et économiques, pour analyser comment un rapport social situé à la contraception (Bajos et al. 2014) et au genre (Clair 2011) pouvait s'articuler avec les différentiels de pratiques et de représentations que l'on observe également concernant la sexualité (Bajos et Bozon 2012a).

J'ai donc cherché d'abord à effectuer un recrutement très large, en passant par plusieurs voies différentes, avant de cibler de manière plus stratifiée certain·e·s enquêté·e·s en fonction de leur mode de contraception (et en particulier en faisant une quinzaine d'entretiens avec des personnes pratiquant des « méthodes naturelles » de contraception). Par ailleurs, j'ai choisi d'interroger des personnes, et non des couples¹ (ensemble ou séparément) afin de m'assurer que les enquêté·e·s ne seraient pas gêné·e·s par la présence de leur partenaire ou par l'idée que je connaissais (ou allais connaître) des détails intimes qu'eux/elles-mêmes pouvaient ignorer sur leur partenaire.

L'enquête ne donne néanmoins toujours accès qu'aux « gens ordinaires qui auront voulu parler », excluant les personnes « pour qui parler est difficile et/ou qui pensent que ce qu'elles pourraient avoir à dire n'est pas intéressant » ainsi que, pour les plus âgées, celles qui « auraient pu avoir honte au regard d'un code moral pour elles toujours valide » (El Amrani-Boisseau 2012, p. 36-37). Éclairer non seulement les modalités du recrutement des enquêté·e·s, mais également leurs motivations à entrer dans cette interaction particulière qu'est l'entretien, est alors nécessaire pour mieux saisir les conditions de son déroulement et, donc, pour mieux analyser les discours produits.

1.1 Côté sociologue : recruter des enquêté·e·s

J'ai recruté les enquêté·e·s en deux temps : d'abord, en suivant une logique générationnelle ; ensuite, en m'intéressant en particulier aux moyens contraceptifs utilisés.

1.1.1 Les plus âgé·e·s : un recrutement basé sur la génération

Concernant les enquêté·e·s les plus âgé·e·s, j'ai cherché à contacter, d'une part, des personnes qui auraient vécu l'arrivée et la diffusion de la pilule (et qui auraient donc commencé leur vie sexuelle

¹ Seul un couple a été interrogé : Sabine et Gaëtan, qui me recevaient en tant que couple moniteur de la méthode Billings, ce qu'ils font toujours à deux.

avant d'utiliser celle-ci) et, d'autre part, des enquêté·e·s ayant vécu l'arrivée du VIH (et ayant donc commencé leur vie sexuelle avant la diffusion du préservatif en début de vie sexuelle et pour les relations occasionnelles). Dans la mesure où ces entretiens ne constituent pas le cœur de la partie historique de ma thèse, et qu'ils venaient en appui d'autres sources, il ne s'agissait pas tant de viser une représentativité toujours vaine que de parvenir à recueillir des histoires de vie détaillées. L'objectif restait difficile, en particulier avec les membres d'une génération (les plus de 70 ans) pour laquelle je craignais qu'il soit difficile de parler de sexualité.

Les chercheurs/ses ayant mené des entretiens sur la sexualité avec des personnes âgées sont souvent passé·e·s par des institutions (maisons de retraite en particulier), ce qui nécessite d'obtenir l'aval de la direction de ces institutions – accord peut-être plus aisé à obtenir lorsque l'on jouit déjà d'une reconnaissance institutionnelle, comme les chercheurs/ses plus expérimenté·e·s (voir par exemple Szreter et Fisher 2010). Par ailleurs, la question de la présentation de l'enquête est également fondamentale. Ainsi Caroline Rusterholz (2017) travaillait sur la décision d'avoir des enfants, Frédérique El Amrani (2012) sur la vie des jeunes filles dans le premier XX^e siècle et Lucile Ruault (2017) sur le militantisme féministe : des sujets beaucoup plus légitimes que la sexualité en tant que telle, et qui permettent d'interroger sur celle-ci au détour de questions plus larges. Mais quand la légitimité institutionnelle est moins importante, que le sujet touche directement à la sexualité ou, autre élément crucial, que l'on ne possède pas de contacts sur le terrain, le recrutement de personnes âgées pour un entretien sur la sexualité peut s'avérer ardu. J'ai donc multiplié les manières de contacter les enquêté·e·s, afin d'augmenter au maximum mes chances de parvenir à effectuer des entretiens.

Je me suis appuyée en particulier sur des contacts personnels². J'avais présenté ma recherche en insistant sur la comparaison intergénérationnelle, mais en étant claire sur le fait qu'il s'agissait de parler de sexualité : « je cherche à entrer en contact avec des personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant que la contraception ne soit légale pour pouvoir mettre en place une comparaison entre générations³ ». Par le bouche-à-oreille, ces premières enquêtées m'ont permis d'accéder à trois autres femmes ayant des profils semblables ou proches. Ces cinq enquêtées avaient en effet comme point commun d'avoir été militantes féministes dans les années 1970, et d'avoir toutes travaillé dans l'enseignement ou la recherche. L'intérêt d'interroger des femmes ayant ce profil était que, souvent, elles avaient réfléchi, dans leur jeunesse mais aussi ultérieurement, à leur rapport à la sexualité et n'étaient pas réticentes à en parler. Elles faisaient ainsi preuve d'une certaine réflexivité mais, pour autant, n'avaient pas assez l'habitude d'aborder ce thème pour qu'un discours déjà préconstruit puisse être « déroulé » dans l'entretien.

² Concernant cette « première génération » d'enquêté·e·s, c'est grâce à Michèle Ferrand, qui avait eu la gentillesse de me recevoir pour discuter de ma thèse, que je suis parvenue à faire les premiers entretiens avec deux femmes : je l'en remercie.

³ Extrait de l'email de prise de contact envoyé à Monique le 1^{er} septembre 2015.

J'ai ensuite cherché à diversifier mon échantillon, et ai réussi à obtenir un entretien via Doctissimo, en contactant une femme de 72 ans, psychologue à la retraite, qui racontait les problèmes que sa ménopause avait occasionnés pour sa libido. J'avais en outre posté sur différents forums de ce site (« Affaires de couple » ; « Bien vieillir » ; « Contraception » ; « Troubles sexuels féminins » ; « Troubles de l'érection ») une annonce adressée aux personnes de plus de 40 ans qui accepteraient de me parler de leur « utilisation des moyens de contraception dans leurs différentes relations », mais je n'ai eu aucun contact par ce biais.

M'appuyant sur l'exemple des recherches historiques que j'avais consultées, j'ai aussi sollicité à plusieurs reprises différentes maisons de retraite lyonnaises (six maisons de retraite contactées par email en novembre 2015, puis à l'automne 2016), mais je n'ai malheureusement jamais eu de réponses. Le fait de n'avoir aucun contact qui aurait pu me permettre d'accéder à celui-ci a sans doute également fortement joué – tout autant que la nature même de mon sujet, même s'il ne s'agissait pas d'interroger les résident·e·s sur leur sexualité actuelle. Le sujet semble en effet d'autant plus sensible lorsqu'il s'agit de l'associer à la vieillesse, et plus encore dans les institutions comme les maisons de retraite ou les EHPAD⁴ (Lefebvre des Noettes et Gauillard 2015 ; Duprat-Kushtanina 2015). C'est finalement grâce à un contact dans le groupe du « Réseau des jeunes chercheur·se·s santé & société » consacré aux « Vieillissements » que je suis parvenue à faire un dernier entretien, dans l'EHPAD d'une petite ville de province, avec une ancienne cuisinière âgée de 84 ans, sélectionnée par le psychologue du service sur des critères médicaux (en particulier l'intelligibilité ; voir Argoud et Puijalon 2009) et en s'appuyant sur ce qu'il savait de la vie des résidentes. Il avait d'emblée exclu les hommes, craignant peut-être une situation comme celle à laquelle s'était retrouvée confrontée Isabelle Mallon alors qu'elle menait une enquête sur la reconstruction de leur vie privée par des personnes vivant en maison de retraite. Elle compare en effet en ces termes le rôle de « quasi-petite-fille », que lui attribuaient les femmes, avec l'interaction qu'elle a pu avoir avec les hommes :

Les résidents se sont positionnés dans des rôles de séducteurs potentiels, mais gentlemen, avec lesquels je n'avais « rien à craindre ». Un peu interloquée – tant cette possibilité ne m'avait pas effleuré l'esprit – j'ai tout de même accredité leur définition de la situation d'entretien en entrant dans une relation courtoise, mettant à distance la séduction. (Mallon 2014, p. 93)

Malgré mes demandes et tentatives diverses, je ne suis donc pas parvenue à mener d'entretiens avec des hommes. Compte tenu de la naturalisation actuelle de la responsabilité féminine de la contraception et du fait que je suis moi-même une jeune femme, cela n'est pas forcément surprenant. Cependant, ces entretiens auraient peut-être été moins riches, comme le note Lucile Ruault à propos des hommes de son échantillon, « peu enclins à décrire leur vie privée » (2019, p. 375). J'aurais pu, comme Kate Fisher et Caroline Rusterholz, interroger les personnes en couple – mais cela aurait posé d'autres questions quant à ce qu'il est possible de dire ou non devant son/sa conjoint·e. Ainsi, concernant la

⁴ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« première génération » j’ai interrogé sept femmes âgées de 71 à 84 ans, à la fois enquêtées et « témoins » de leur époque (Müller 2006), dont les entretiens m’ont permis de compléter le corpus de documents et d’archives que j’avais constitué au préalable (voir annexe C⁵). Si certains profils sociaux sont très proches, j’ai tout de même obtenu une grande diversité dans les méthodes contraceptives utilisées ainsi que dans les parcours sexuels et conjugaux. Cependant, les femmes interrogées ont, pour la plupart, eu plus de partenaires sexuels que la moyenne des femmes de leur génération. En effet, l’enquête Contexte de la sexualité en France, menée en 2006, indique pour les femmes âgées de 50 à 69 ans à ce moment-là (et donc qui auraient aujourd’hui entre 62 et 81 ans) un nombre moyen de partenaires au cours de la vie de 3,9 (Leridon 2008a, p. 221). Le fait que les enquêté·e·s aient majoritairement eu plus de partenaires n’est pas très étonnant, compte tenu d’une part d’un biais de recrutement qui favorise – peut-être d’autant plus dans ces générations – celles et ceux qui pensent avoir « des choses à dire », et d’autre part du fait que j’ai interrogé plusieurs militantes féministes, qui ont réfléchi théoriquement mais aussi mis en pratique la « libération sexuelle » prônée dans les années 1970 (sur le sujet voir Ruault 2019).

Tableau 4. Enquêtées âgées de plus de 70 ans

Prénom et âge	Titre du portrait
Paulette, 84 ans	« Faisait attention » en reculant quand son mari « s’agitait »
Thérèse, 83 ans	La pilule comme soulagement et la sexualité politique
Simone, 79 ans	Préservatifs oubliés et libération austère
Nicole, 72 ans	La difficulté de se remémorer sa vie sexuelle
Monique, 71 ans	Ne pas « gâcher » les boîtes de pilules
Brigitte, 71 ans	« Toujours d’accord pour coucher »
Odile, 71 ans	De l’évidence du préservatif à la vasectomie en évitant la pilule

Une seconde génération m’intéressait : celles des personnes qui avaient commencé leur vie sexuelle durant ce que l’on appelle la « parenthèse enchantée », expression attribuée à la journaliste Françoise Giroud⁶. Elle caractérisait ainsi la courte période au cours de laquelle la pilule s’est diffusée alors que le VIH n’était pas encore apparu⁷. Il s’agissait donc de faire des entretiens avec des personnes

⁵ Les tableaux récapitulatifs des caractéristiques des enquêté·e·s en annexe C indique leur prénom, leur âge, le titre de leur portrait (voir *infra*), les méthodes de contraception qu’ils et elles ont utilisé et celle(s) qu’ils et elles utilisent actuellement si c’est le cas, le nombre de partenaires sexuel·le·s estimé au cours de la vie, si ils et elles ont déjà vécu un avortement et leur mode de recrutement.

⁶ Sans qu’il ait malheureusement été possible de retrouver ni la citation elle-même, ni la source de cette attribution.

⁷ Le VIH est découvert en 1982, mais les personnes hétérosexuelles qui constituent très majoritairement mon échantillon ne se sentiront pas concernées avant la fin des années 1980 – au début de sa diffusion, le VIH est en effet considéré comme un virus qui touche uniquement des « groupes à risque », en particulier les homosexuels (Thiaudière 2002, p. 8-14).

âgées de moins de 70 ans, mais de plus de 50 ans, pour continuer cette comparaison intergénérationnelle et déterminer les changements susceptibles d'avoir affecté la sexualité hétérosexuelle – en particulier dans un contexte de diffusion du préservatif. Concernant cette génération, réussir à atteindre non seulement des hommes et femmes, mais aussi des profils différents, me semblait d'autant plus important que j'avais moins d'archives et de documents à ma disposition pour compléter les entretiens.

La période a certes suscité beaucoup de recherches et une littérature abondante (voir par exemple Paicheler et Quemin 1994 ; Peto et al. 1992 ; pour un point sur la question, voir Thiaudière 2002). Néanmoins, peu de travaux qualitatifs semblent s'être intéressés aux répercussions de l'épidémie sur la vie intime des individus ayant des pratiques hétérosexuelles. La majorité des chercheurs/ses s'est plutôt centrée sur les hommes ayant des pratiques homosexuelles, premières victimes de l'épidémie dans le temps comme en nombre (Pollak 1993 ; Mendès-Leite 1995 ; pour un travail plus récent, voir Girard 2013). Par ailleurs, ce sont surtout des « leçons politiques » (Dodier 2003), et en particulier militantes, qui en ont été tirées, l'épidémie permettant par exemple d'interroger le rôle des campagnes de prévention (Paicheler 2002) ou des associations de défense des victimes (Broqua 2005).

Le recrutement s'est avéré plus aisé que pour la génération précédente, sans doute parce que celle-ci est plus présente en ligne : j'ai ainsi recruté cinq enquêté·e·s (quatre hommes et une femme) via Twitter⁸, grâce à un message qui a été largement partagé sur le réseau social. Par ailleurs, j'ai contacté deux enquêté·e·s ayant utilisé des méthodes de contraception rares et toujours engagé·e·s dans la diffusion de celles-ci : une femme monitrice pour la « méthode Billings » (méthode reposant sur l'observation de la glaire cervicale) et un homme membre de l'Ardecom (Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine). Enfin, deux femmes ont été recrutées via des connaissances communes (la voisine de la mère d'une amie ; la patiente d'un gynécologue, père d'un ami) et une après avoir discuté de ma thèse avec elle lors d'un séminaire (elle est doctorante dans une autre discipline). Là encore, la mise en relation directe ne m'a permis d'avoir d'entretiens qu'avec des femmes, sans doute parce que la contraception reste une « affaire de femmes » (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) – et c'est grâce à la présence des hommes sur internet que j'ai pu faire des entretiens avec eux. Ces différentes méthodes de recrutement m'ont permis de diversifier les profils des enquêté·e·s, aussi bien en termes de parcours sexuels et conjugaux qu'en termes de milieux sociaux (en allant d'un routier à la retraite à une avocate et un médecin), même si la majorité des enquêté·e·s est diplômée. Ces entretiens m'ont permis de mieux cerner les effets que l'arrivée du VIH avait pu avoir sur la sexualité, aussi bien en termes de nombre de partenaires ou de modalités pour les choisir qu'en termes de pratiques et d'utilisation du préservatif.

⁸ « Je cherche des pers. nées avt 1965, ayant vécu l'arrivée du sida pdt leur vie sexuelle et OK pour entretien anonyme. + en MP, RT appréciés ☺ », message « retweeté » 143 fois, c'est-à-dire partagé par 143 personnes sur leurs réseaux, comprenant chacun plusieurs centaines de personnes (voir annexe D4).

Tableau 5. Enquêté·e·s âgé·e·s de 50 à 69 ans

Prénom et âge	Titre du portrait
Philippe, 64 ans	Ne jamais utiliser de préservatif mais bien choisir ses partenaires
Evelyne, 62 ans	Du « conditionnement » à la prise de la pilule au surgissement du « fameux virus »
Gilbert, 61 ans	Maîtriser sa fécondité mais se laisser « manipuler »
Charles, 60 ans	« Le mec très chiant » qui utilisait des préservatifs
Anne, 60 ans	De la sexualité « libre » d’hier à la sexualité « triste » d’aujourd’hui
Christophe, 56 ans	De « l’époque bénie » à la vasectomie en passant par la « vieille capote »
Danièle, 56 ans	Une vie sexuelle et contraceptive sereine
Jean-Marc, 53 ans	Utiliser un préservatif avec ses partenaires par « fidélité » envers sa femme
Véronique, 53 ans	Pallier la « déresponsabilité masculine » et assumer ses « besoins sexuels »
Marie-Bénédicte, 53 ans	Vivre les « complémentarités homme-femme autour de la fécondité »

1.1.2 Les plus jeunes : représenter la diversité contraceptive

Concernant les enquêté·e·s les plus jeunes, utilisant toujours une contraception et ayant commencé leur sexualité alors que le VIH était déjà largement connu et que l’utilisation du préservatif était devenue une norme, j’ai décidé de chercher à recruter des enquêté·e·s en m’appuyant sur leur mode de contraception plutôt que sur la sexualité elle-même. En effet, il me semblait qu’aborder les choses sous un angle lié à la santé augmenterait l’acceptabilité des entretiens et qu’il serait ensuite possible de parler de sexualité. Par ailleurs, en diversifiant les méthodes contraceptives utilisées, j’espérais pouvoir accéder à des profils très contrastés en matière d’orientation intime (Bozon 2001a) et de parcours sexuels.

Le recrutement s’est fait en plusieurs étapes : d’abord sur les sites Doctissimo.fr et Aufeminin.com, via des messages sur différents forums indiquant que je cherchais des témoignages sur « les effets (positifs ou négatifs) de la contraception sur la vie sexuelle des hommes et des femmes » (voir annexe D2) mais aussi en envoyant des messages privés à certaines femmes qui racontaient leurs expériences de méthodes de contraception spécifiques. Dans le même temps, j’ai déposé des affichettes au Planning familial de Villeurbanne ainsi que dans un centre de dépistage (CIDAG) lyonnais (annexe D1). J’y indiquais un intérêt particulier, mais non exclusif, pour les personnes ayant « eu des soucis avec certaines méthodes, et [ayant] dû en changer ». Si les résultats des recrutements sur les

forums ont été aléatoires, très peu de personnes répondant à mes appels à témoignages⁹ et beaucoup de mes messages privés restant sans réponse, j'ai tout de même réussi à obtenir relativement facilement, grâce au CIDAG en particulier, des entretiens avec des femmes. En effet, celles-ci se sentaient immédiatement concernées par l'aspect que je mettais en avant – la contraception étant aujourd'hui, en France, très majoritairement gérée par les femmes. Selon les cas et les modes de recrutement, la dimension sexuelle des entretiens était alors plus ou moins dévoilée. Lorsque je craignais que cela puisse mettre la personne mal à l'aise et empêcher l'entretien, j'évoquais plutôt des effets de la contraception sur « le couple et son intimité », par exemple. J'ai par ailleurs contacté, par relations interpersonnelles, des médecins et sages-femmes afin qu'ils et elles me mettent en lien avec certaines de leurs patientes, ce qui a permis de réaliser deux entretiens. Enfin, j'ai complété mon échantillon en ciblant spécifiquement, grâce à internet, des usagers et usagères des méthodes rares qui me manquaient (diaphragme, injections, etc.) et qui avaient témoigné ou demandé conseil en ligne.

Tableau 6. Enquêtées âgées de 20 à 49 ans (moins les utilisatrices de MAO¹⁰)

Prénom et âge	Titre du portrait
Isabelle, 49 ans	Arrêter ses règles pour voir son amant
Béatrice, 45 ans	De la pilule « normale » à la ligature des trompes
Sandrine, 41 ans	Traumatisme des gynécologues et préservatif « quand ça va arriver »
Alicia, 37 ans	Gérer la contraception et apprendre à faire l'amour
Juliette, 36 ans	À la recherche de sa libido disparue
Mélanie, 35 ans	« Génération préservatif » et pilule comme « prix de la liberté »
Joséphine, 32 ans	Le retrait pour « se libérer » des médecins
Carine, 31 ans	De la libido endormie au préservatif comme solution « la moins pire »
Delphine, 29 ans	Se forcer à faire l'amour à cause du diaphragme
Clémence, 28 ans	De la douleur au « plaisir sans contraintes »
Solène, 27 ans	Du stérilet à la stérilisation, se libérer du coït vaginal
Jeanne, 26 ans	« Organiser ses pratiques » autour du retrait et du préservatif
Camille, 26 ans	Oublier le préservatif, chercher l'orgasme et retrouver sa libido
Flora, 26 ans	L'échangisme responsable

⁹ Qui sont de fait très nombreux sur Doctissimo, aussi bien de la part d'étudiant·e·s (concernant la contraception, en particulier les sages-femmes) que de producteurs/trices d'émissions de télévision.

¹⁰ Pour « méthodes d'auto-observation », qui sont présentées dans le tableau 8.

Maeva, 26 ans	La testeuse de contraceptifs
Kirsten, 25 ans	Orgasme politique et préparation à la pénétration
Charlotte, 25 ans	La parole impossible
Kelly, 24 ans	Contre l'injonction contraceptive et les hormones en général
Tanja, 23 ans	La « bonne élève » résignée
Pauline, 23 ans	La « bonne élève » déçue
Lucile, 23 ans	Le choix des « bons petits Français »
Laura Li, 23 ans	Le préservatif pour les partenaires sérieux
Nolwenn, 22 ans	« En harmonie » avec le préservatif

J'ai alors fait une seconde vague de recrutement, cette fois-ci centrée sur l'utilisation du préservatif (sur les sites Masculin.com et Doctissimo.fr ainsi qu'au CIDAG), et j'ai réalisé des entretiens avec des hommes. Comme on le verra, le fait d'avoir demandé aux femmes de parler de contraception et aux hommes de parler de préservatif a eu des effets sur les entretiens.

Tableau 7. Enquêtés âgés de 20 à 49 ans (moins les utilisateurs de MAO¹¹)

Prénom et âge	Titre du portrait
Fabrice, 48 ans	Rapports « discrets » avec sa femme, « bestiaux » avec les prostituées
Patrick, 47 ans	« Faire jouir » sa femme et ses autres partenaires
Laurent, 40 ans	Évitement du préservatif et « goût de l'autrement »
Sébastien, 38 ans	Préservatif « mal foutu » et tests de dépistage
Olivier, 35 ans	Ne pas proposer le préservatif pour ne pas avoir l'air « lourd »
Rémi, 35 ans	Rejet du préservatif et rappels à l'ordre
Colin, 34 ans	Le préservatif seulement lorsque « la fille l'oblige fortement »
Fabien, 33 ans	Consommation, partage ou relation selon le sexe des partenaires
Matthieu, 33 ans	Performances et préservatif (sauf avec les vierges)
Thomas, 32 ans	Le préservatif pour être « plus endurant » avec ses partenaires
Domenico, 30 ans	Le retrait « spontané et naturel »
Jacob, 26 ans	Éviter le préservatif pour ne pas couper l'élan

¹¹ Pour « méthodes d'auto-observation », qui sont présentés dans le tableau 8.

Nicolas, 26 ans	La sexualité pour dévoiler les pans cachés de sa personnalité
Fadi, 26 ans	Le préservatif juste au début pour éviter la douleur et la honte
Guillaume, 23 ans	Le préservatif sur demande
Julien, 23 ans	Le questionnement de l'homme irresponsable
Sylvain, 22 ans	Se retirer pour rester « connectés »
Martin, 21 ans	Le préservatif à la dernière minute
Anthony, 21 ans	La peur de la contamination homosexuelle
Romain, 20 ans	La découverte de la sexualité

Je me suis également rapidement intéressée à ce qui est généralement regroupé sous le terme de « méthodes naturelles » de contraception, mais que l'on désignera ici sous le terme de MAO (pour « méthodes d'auto-observation »). En France, où la pilule a rapidement été associée à la « libération sexuelle », ces méthodes suscitent une méfiance importante de la part des militant-e-s féministes : en atteste par exemple le site du Planning familial¹², où à la question « Les méthodes de contraception naturelles sont-elles efficaces pour éviter une grossesse ? » on trouve la réponse : « Ces “méthodes” réduisent le risque de grossesse non désirée sans être efficaces en matière de contraception. » Cette opposition se donne également à voir, très récemment, dans la tribune publiée dans *Le Monde* par la sociologue féministe Michèle Ferrand, rappelant à l'occasion des cinquante ans de la loi Neuwirth que « La pilule permet aux femmes d'avoir le contrôle de leur vie » (Ferrand 2017). Ce sont donc d'autres groupes qui ont pris en charge le développement des MAO.

Les associations qui promeuvent les MAO ont la particularité d'accorder une place majeure à la sexualité et au couple dans la réflexion sur ces méthodes de « régulation des naissances », place qu'elle a perdue dans le discours médical sur la contraception. Ce sont en fait d'abord les catholiques, contraint-e-s à partir des années 1970, suite à la condamnation par le Pape de la pilule dans l'encyclique *Humanae Vitae*, de réfléchir à des méthodes alternatives, qui se sont intéressé-e-s à l'observation du cycle féminin. Ainsi, le site <http://www.methodes-naturelles.fr/>, qui propose des informations et des formations à l'auto-observation, en prônant l'abstinence dans les périodes fertiles, renvoie en fait au site de l'association catholique CLER Amour et Famille. Une recherche internet à partir de ces mots-clés (« méthodes naturelles ») renvoie également au site de la méthode Billings, qui s'en tient à l'observation de la glaire (sans prise de température) et prône elle aussi l'abstinence. J'ai donc effectué des entretiens avec un couple de « moniteurs Billings », une « monitrice Billings », et une utilisatrice de la méthode du CLER.

¹² Source : https://www.planning-familial.org/faq?term_node_tid_depth=32, consulté le 28 novembre 2018.

La mouvance qui se présente comme écologique, et qui arrive depuis peu en France à la faveur de la « crise de la pilule » alors qu'elle est beaucoup plus développée dans d'autres pays francophones (Belgique, Suisse, Canada), a également été l'objet de mon attention. En France, la première association que j'ai trouvée est la fondation SymptoTherm, basée en Suisse, dont la méthode se rapproche de celle du CLER (prise de la température, observation de la glaire et toucher du col de l'utérus), mais qui fonctionne avec une application mobile ou sur ordinateur (même si elle peut aussi être pratiquée à la main). La principale différence est que l'abstinence n'est pas prônée pendant la période fertile, au profit de l'utilisation du préservatif ou du diaphragme. J'ai effectué un entretien avec une « conseillère sympto » puis, grâce au groupe Facebook, avec trois utilisatrices et deux utilisateurs, qui avaient toutes et tous utilisé auparavant des méthodes médicales de contraception (contrairement aux utilisateurs/trices catholiques). J'ai également fait quelques entretiens avec des femmes surveillant leurs cycles de manière autonome (avec une machine ou à la main).

Tableau 8. Enquêté·e·s âgé·e·s de 20 à 49 ans utilisant les MAO

Prénom et âge	Titre du portrait
Marie-Bénédicte¹³, 53 ans	Vivre les « complémentarités homme-femme autour de la fécondité »
Félicie, 48 ans	Connaître son cycle pour « s'émanciper intimement »
Sabine et Gaëtan, 41 ans	La méthode Billings, « un cadeau qu'on se fait mutuellement »
Marjorie, 40 ans	Compter les jours et gérer le « caoutchouc »
Marielle, 35 ans	Des méthodes naturelles « idéologiques » au préservatif « méthodique »
Caroline, 35 ans	« Hyper-sexy » en période infertile
Antoine, 34 ans	Découvrir « tout un tas de champs » de la sexualité hors de la pénétration
Geoffrey, 33 ans	Promouvoir la Symptothermie pour « redonner le pouvoir aux femmes »
Aline, 30 ans	Contraception « physiologique » et sexualité à « phases »
Eugénie, 28 ans	Se préparer pour faire l'amour spontanément (après le mariage)
Julie, 24 ans	Être « maître de son corps » même s'il ne « répond » toujours pas
Émeline, 23 ans	Retrouver sa féminité et sa créativité en arrêtant la pilule

¹³ Marie-Bénédicte fait partie des enquêté·e·s les plus âgé·e·s et est présentée dans le tableau 5, mais il me semblait important de la resituer ici au sein des autres utilisateurs/trices de méthodes d'auto-observation.

Finalement, l'échantillon se compose donc de 17 entretiens avec des personnes âgées de plus de 50 ans et de 54 entretiens (avec 55 enquêté·e·s, car il y a un couple) avec des personnes ayant entre 20 et 49 ans, soit 71 entretiens¹⁴ (43 femmes, 27 hommes et un couple) d'une durée moyenne de 1h40, que j'ai intégralement retranscrits. Les modalités de recrutement se répartissent comme suit : 20 personnes via le CIDAG ou le Planning familial, 16 via Twitter, 13 par des contacts personnels ou la méthode boule de neige, 10 par Doctissimo, 9 sur des sites internet ou des groupes de discussion spécialisés dans certaines méthodes (en particulier sur Facebook) et 3 grâce à des médecins que j'avais contactés. J'ai choisi d'interroger un peu plus de femmes – dans la mesure où elles sont aujourd'hui responsables de la contraception en France – et plus de « jeunes » (moins de 45 ans), car ce sont les liens entre contraception et sexualité *aujourd'hui* qui constituent le cœur de mon travail. Certain·e·s sont célibataires, d'autres en couple depuis plus ou moins longtemps, certain·e·s ont des enfants plus ou moins grands, ils et elles ont vécu ou non des ruptures et des remises en couple, n'ont eu de relations qu'hétérosexuelles ou non, ont un attachement au couple monogame plus ou moins affirmé, ont eu plus ou moins de partenaires sexuel·le·s etc. Ainsi, en partant de la contraception, et non du parcours, j'arrive finalement à avoir un échantillon fortement diversifié également en ce qui concerne la sexualité, et à éviter en partie le biais selon lequel le fait que les personnes qui acceptent de parler ouvertement de leur sexualité « ont un net penchant à séparer sexualité et sentiments, et ont plus fréquemment une activité importante, voire une attitude exhibitionniste » (Bozon 1995, p. 42).

Mon but était également de pouvoir tester des hypothèses portant sur le milieu social, à partir des niveaux de capital culturel et de capital économique estimés, mais je n'ai cependant obtenu que peu d'entretiens avec des personnes peu pourvues de ces deux types de capitaux. Si l'on prend le diplôme comme indicateur du capital culturel, seul·e·s 10 enquêté·e·s n'ont pas de baccalauréat général, tandis que la moitié a un bac + 5 ou plus. Mes tentatives d'accéder à des personnes appartenant à des milieux plus populaires et moins diplômés se sont soldées par des échecs¹⁵. Cette partition s'explique sans doute par le mode de recrutement, en partie basé sur le volontariat : en effet, la proximité des classes moyennes détentrices de capital culturel avec la forme de l'entretien ainsi qu'avec le dispositif d'enquête en lui-même peut expliquer leur plus grande facilité à répondre positivement à ma demande (Mauger 1991 ; Poliak 2002). On peut aussi supposer que les personnes appartenant aux classes populaires ont moins de dispositions à produire un discours sur elles-mêmes et maîtrisent moins la psychologisation du discours que peut sembler requérir l'entretien, en particulier sur la sexualité (Illouz 2006, p. 17). C'est peut-être en particulier le cas des hommes de ces catégories sociales, dans la mesure où ils cumulent

¹⁴ On trouvera en annexe C un récapitulatif global des caractéristiques des enquêté·e·s. Chaque fois qu'un·e enquêté·e sera cité·e pour la première fois dans une section, j'indiquerai en note son âge, son métier, son statut conjugal et, le cas échéant, son nombre d'enfants ainsi que la méthode de contraception actuellement utilisée.

¹⁵ Par exemple grâce à un contact avec une sage-femme libérale, qui après de nombreux échanges m'a donné les adresses mail de deux de ses patientes, qui ne m'ont jamais répondu ; ou encore en donnant mes affichettes à la sage-femme d'un centre de PMI (Protection maternelle et infantile), qui s'est montrée très enthousiaste au cours de notre rendez-vous, mais dont je n'ai plus jamais eu de nouvelles.

deux « handicaps » quant à l'expression des sentiments¹⁶ (Diter 2015). Si l'analyse des données quantitatives permet de remédier en partie à ce déséquilibre dans l'analyse, comprendre les motivations de celles et ceux qui ont accepté de faire un entretien est alors nécessaire pour éclairer, en creux, les difficultés d'accès à certains milieux sociaux.

1.2 Côté enquêté·e-s : participer à un entretien sociologique

Pour comprendre les différentes raisons qu'ont pu avoir les enquêté·e-s d'accepter de participer à l'enquête, il faut revenir sur la place particulière de l'anonymat dans l'entretien sur la sexualité. Ensuite, la distinction de quatre registres de justification de la participation à l'entretien permet de mieux appréhender la relation d'enquête.

1.2.1 Des conditions de possibilité spécifiques ? Anonymat, sexualité et mise en danger

La garantie de l'anonymat m'a semblé être une dimension centrale pour réussir à convaincre des personnes de témoigner. Je l'ai donc mentionnée quasi systématiquement lors de mes différentes tentatives pour contacter des enquêté·e-s, même pour les messages sur Twitter (donc avec un nombre de signes très limités¹⁷). Dans les messages sur les forums, j'insistais même sur la dimension « strictement anonyme » de l'entretien. Les seules personnes avec lesquelles je n'ai pas mis cette dimension en avant sont celles et ceux que je contactais à titre plus officiel, en tant que conseillers ou conseillères de méthodes d'auto-observation spécifiques (la méthode Billings et la Symptothermie en particulier). En effet, les trois entretiens menés ainsi ont été présentés comme visant à comprendre la méthode, même s'il a finalement été possible de poursuivre en évoquant les parcours personnels. Les enquêté·e-s ne s'attendant pas à évoquer leur sexualité, l'anonymat semblait moins central.

Dans tous les cas, cependant, j'ai modifié les prénoms, en cherchant à trouver des prénoms « équivalents » socialement¹⁸, respectant ainsi la « double exigence » contradictoire mise en évidence par Baptiste Coulmont : celle de la « vie privée », qui « conduit à dés-identifier », et celle de la « singularité », qui « tend à conserver l'identification » (Coulmont 2017, p. 154). Plusieurs enquêté·e-s ont insisté sur cette nécessité d'anonymisation. C'est par exemple le cas d'Aline¹⁹, utilisatrice de la symptothermie, dont je comprends finalement qu'elle a conclu un accord avec sa conseillère pour ne

¹⁶ Même si la psychologisation des rapports sociaux atteint également les hommes de milieux populaires, du moins en ce qui concerne le rapport au travail (Schwartz 2011).

¹⁷ Par exemple : « Je cherche des pers. nées avt 1965, ayant vécu l'arrivée du sida pdt leur vie sexuelle et OK pour entretien anonyme. + en MP, RT appréciés » ; ou encore ce message publié par une amie ayant beaucoup de contacts sur ce réseau social du fait de ses activités de blogueuse bande dessinée : « Une amie en socio cherche des pers. qui utilisent/ont utilisé des méthodes de contraception naturelles pr entretiens anonymes. Merci de RT ! ».

¹⁸ Pour les plus jeunes, j'ai utilisé le site de Baptiste Coulmont permettant de voir les prénoms ayant le même profil concernant les résultats au bac (<http://coulmont.com/bac/>, consulté le 15 janvier 2016). Pour les plus âgé·e-s, je me suis référée à des sites indiquant le nombre de personnes recevant un même prénom chaque année ; j'ai également cherché des prénoms proches en termes de connotations sociales, même si la différence de génération rend l'exercice plus difficile pour les enquêté·e-s nettement plus âgé·e-s que moi (Coulmont 2017, p. 170).

¹⁹ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

pas avoir à passer par la fondation SymptoTherm lors des échanges financiers (et que si cela s'apprenait, cela serait problématique pour sa conseillère). C'est également une demande de Jean-Marc²⁰, qui m'a contactée via Twitter : il m'explique qu'il « tient à garder l'anonymat, même par rapport au compte Twitter » sans m'expliquer pourquoi, avant que je ne comprenne plus tard dans l'entretien que c'est pour être sûr que les « quelques aventures » qu'il a eues depuis le début de son mariage et dont il me fait part restent bien cachées (« c'est pour ça que je veux que ça reste anonyme »). Néanmoins, je voulais que les personnes interrogées demeurent identifiables par le lecteur ou la lectrice, d'où la nécessité de leur attribuer un prénom et d'où, également, le choix de donner à leurs « portraits » des surnoms précis.

Cependant, cette exigence d'anonymisation vis-à-vis des lecteurs et lectrices de la recherche, qui vise à s'assurer que leurs « secrets » ne s'ébruient pas, n'est pas la seule que j'ai rencontrée dans le cadre de mon enquête. En effet, pour certain·e·s enquêté·e·s c'est également vis-à-vis de moi que le fait de demeurer anonyme était important. C'est par exemple le cas de Marielle²¹, qui « vu le sujet » me reprecise au début de l'entretien : « juste voilà, j'avais demandé que ce soit bien anonyme », et qui aurait préféré ne pas avoir à me donner son nom de famille (« moi il fallait vous donner mon nom, bon pour la sonnette, mais... »). Ainsi, on note bien une « une reconnaissance partagée de la sexualité comme territoire intime et dont l'investigation ne va pas de soi » (Déroff 2007b, p. 83), voire dont l'investigation peut mettre en danger – ce qui influe sur la situation d'enquête.

Cela se voit particulièrement bien également pour les entretiens s'étant déroulés par téléphone, modalité qui a généralement été préférée à Skype par les enquêté·e·s : ainsi Matthieu²² m'a appelé lui-même en numéro masqué et ne m'a pas donné son prénom. De son côté, Fabrice²³ m'a contactée à partir d'une adresse email ne comportant que son prénom, en me précisant qu'il pouvait répondre à mes questions « bien évidemment de manière anonyme et de préférence par téléphone » (marié depuis environ vingt ans, il voit régulièrement des prostituées depuis quelques années). Le fait d'avoir fait une partie des entretiens (un peu plus d'un tiers) par téléphone ou Skype joue ainsi un rôle important, identique à celui qui a pu être observé pour les enquêtes quantitatives sur la sexualité où le téléphone s'avère « paradoxalement rassurant », permettant de « parler de soi sans risquer d'être jugé » (Bozon 2017, p. 48). Le téléphone permet de maîtriser la part de soi que l'on donne à voir et l'utiliser peut, donc, encourager l'enquêté·e à parler (mais il rend en retour impossible l'accès aux expressions et aux gestes, dans un sens comme dans l'autre).

Révéler son identité dépend alors largement de l'image que l'on se fait de l'entretien, du danger qu'il peut représenter et de ce que l'on prévoit – ou non – d'y dévoiler. Si, pour les personnes qui

²⁰ Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

²¹ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

²² Educateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

²³ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

estiment avoir des secrets, il peut sembler évident qu'il va falloir les protéger, éventuellement vis-à-vis de l'enquêtrice elle-même, cette dimension apparaît moins centrale lorsque les enquêté-e-s s'attendent à parler plutôt de contraception, ou bien plutôt de relations sentimentales que de sexualité. Dans d'autres cas, cependant, le fait d'avoir une « double vie » ne suscite pas de mesures particulières : c'est le cas d'Isabelle²⁴, en couple depuis 25 ans et qui n'a aucun problème à me parler de ses relations adultères. Comme elle enseigne la psychologie, on peut penser qu'elle a une idée fiable de l'éthique scientifique qui accompagne la recherche et sait donc qu'il n'y a pas de risque de diffusion.

On peut enfin relier cette attitude différente vis-à-vis du danger que peut représenter l'entretien – et donc vis-à-vis de l'anonymat – à la diversité des attitudes en matière de conjugalité. Si l'on suit le modèle des « orientations intimes » de Michel Bozon, on peut distinguer trois modes de construction de soi par la sexualité : le modèle du « réseau sexuel », qui « se caractérise par une tendance à l'extériorisation de l'intimité » (2001a, p. 16) ; le modèle du « désir individuel », où « le surgissement régulier du désir [...] est une des conditions du maintien de l'identité intime du sujet » (*Ibid.*, p. 18) ; et le modèle de la « sexualité conjugale », dans lequel « l'idée d'une activité sexuelle extraite de son enveloppe relationnelle ou matrimoniale est considérée dans cette optique comme immorale ou risquée » (*Ibid.*, p. 22). En fonction de l'orientation intime, la possibilité de dire sa sexualité – ou non – est donc envisagée différemment, une attitude proche du dernier modèle rendant le dialogue sur ce sujet avec quelqu'un d'extérieur au couple particulièrement difficile.

Si les enquêté-e-s n'accordent pas toutes et tous la même importance à leur anonymat vis-à-vis de l'enquêtrice – voire vis-à-vis du public –, c'est donc en partie en fonction de ce qu'ils et elles prévoient de dire au cours de l'entretien, de leurs représentations de la sexualité ainsi que de la conjugalité et, donc, de la mise en danger que l'entretien est susceptible de représenter. Mais ce qu'ils et elles prévoient de dire joue aussi sur leur motivation à accepter ou non de me parler.

1.2.2 Pourquoi accepter de participer à un entretien sociologique

L'entretien sociologique représente pour la plupart des individus une forme inconnue d'interaction. Le fait d'accepter d'y participer est donc à interroger, et comprendre ce que les enquêté-e-s projettent dans un tel échange permet de mieux appréhender la situation d'enquête elle-même. Il est cependant difficile de savoir pourquoi une personne accepte de participer à un entretien sociologique (voire se porte volontaire). J'ai donc décidé de demander à chaque enquêté-e, à la fin de l'entretien, ce qui l'avait poussé-e à accepter cette entrevue. Sans prétendre épuiser les « bonnes raisons » des enquêté-e-s, il me semble alors possible de distinguer quatre modalités distinctes.

²⁴ Psychologue, 49 ans, mariée, un amant, deux enfants (DIU hormonal).

1.2.2.1 Témoigner

La première motivation concerne au premier chef les enquêté·e·s les plus âgé·e·s, qui ont été recruté·e·s comme « témoins » de leur génération et d'une certaine époque. Il s'agit d'un rôle consistant à « attester par sa parole et par sa présence de la réalité de l'événement ou du fait, l'authentifie et s'en porte garant » (Descamps 2006, p. 31). Beaucoup en sont d'ailleurs conscient·e·s, détaillant plusieurs fois au cours de l'entretien la spécificité de leur génération ou de l'époque que nous évoquons. Véronique²⁵ compare par exemple les attitudes de sa génération par rapport à celle qui l'a précédée et à celle qui la suit :

C'est difficile d'avoir une conduite par rapport aux maladies sexuellement transmissibles. C'est compliqué. Enfin pour ma génération à moi je pense que c'est compliqué. Pour la génération qui a toujours vécu avec le sida, qui a d'autres... C'est peut-être plus facile, parce que ça fait partie de... Comme pour moi, la pilule fait partie de... Comment dire ? D'un quotidien, quand on est adulte. C'était normal quoi. J'ai commencé à prendre la pilule, j'avais 16 ans, je pense que pour la génération d'avant c'était tout un monde, parce que on a dû leur dire que c'était un médicament, que c'était mauvais, que ça allait les rendre stériles, enfin je ne sais quoi, truc qu'on disait plus à mon époque.

Ce sont ici les spécificités de trois générations qui sont mises en évidence, chacune socialisée dans un « quotidien » spécifique et dont il est difficile de se détacher – même si le regard sur l'époque passée peut se faire réflexif. C'est également une forme de réflexivité que met en pratique Christophe²⁶ lorsqu'il évoque sa jeunesse :

On peut pas, on peut pas se remettre comme on était à l'époque. Quand j'en parle, ça me surprend moi-même, alors que je l'ai vécu, donc j'imagine ceux qui l'ont pas vécu, c'est pas imaginable, quoi.

En tant que témoin d'une époque révolue et dont il essaie de me faire comprendre les spécificités, Christophe semble trouver nécessaire d'insister sur le décalage avec la période actuelle. Le fait que je fasse moi-même partie d'une autre génération, pour laquelle il faut expliciter les pratiques des précédentes afin justement d'espérer franchir ce « décalage générationnel » (Henchoz 2016), joue de toute évidence un rôle important. C'est également patent dans le discours de Thérèse²⁷ :

La terreur qu'on pouvait avoir avant, tous les mois. De... (*voix apeurée*) « Alors est-ce, est-ce qu'elles vont arriver, est-ce que... Un jour de retard, deux jours de retard... » [...] Enfin c'est mille fois pire avec le sida, c'est vrai, mais vivre en permanence avec une épée de Damoclès de « Est-ce qu'à la fin du mois tout se passera bien ? », euh... C'est... Je sais pas, c'est... Je crois que c'est très difficile à imaginer pour les gens de votre génération !

Comme Christophe, Thérèse souligne à quel point l'époque de sa jeunesse lui semble aujourd'hui « difficile à imaginer » pour les plus jeunes. Ainsi, c'est à travers le récit qu'ils et elles me

²⁵ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

²⁶ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

²⁷ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

font que l'« inimaginable » peut (re)trouver sa place dans l'histoire. Comme le note Caroline Henchoz, la mention de la différence générationnelle entre elles/eux et moi est centrale, d'autant plus qu'elle peut « être analysée comme une stratégie discursive mise en place par les personnes interrogées pour indiquer qu'elles font part d'une expérience qui n'est pas partagée et ainsi tenter d'expliquer ou de justifier les dissonances communicationnelles » (Henchoz 2016, p. 27). Il s'agit ainsi d'expliquer et de justifier des comportements passés – et de s'assurer que je les comprends moi aussi de la manière « adéquate ».

1.2.2.2 *Rendre service*

Dans le cas des enquêté·e·s contacté·e·s grâce à une connaissance, la méthode boule de neige ou leur médecin, c'est le rôle de l'intermédiaire qui est crucial. Cela semble être particulièrement le cas lorsque la demande émane d'un professionnel de santé apprécié, et envers lequel on se sent redevable, comme pour Danièle²⁸ et Béatrice²⁹. C'est leur gynécologue de longue date qui leur a proposé de faire un entretien avec moi, comme l'explique Béatrice :

Enquêtrice : J'ai une toute dernière question : pourquoi est-ce que vous avez accepté de participer à cet entretien ?

Béatrice : Euh... Pour vous aider ! [...] Déjà, parce qu'il [son gynécologue] m'a dit que vous recrutiez, voilà, que vous étiez à la recherche de personnes pour avoir des témoignages, parce que ça fait... 10 ans, enfin non, ça fait même... 16 ans, depuis que j'ai eu ma fille, que je connais le docteur N., avec qui ça s'est toujours bien passé, donc j'ai dit « Bah oui, si ça peut l'aider, moi ça me gêne pas... » Voilà !

Si Béatrice désirait « m'aider », le fait que ses relations avec le docteur N. se soient « toujours bien passées » a sans doute un rôle important. Accepter de lui rendre service en faisant l'entretien constitue une manière de contre-don tout autant qu'une façon de s'assurer que tout continue à « bien se passer ».

Mais la raison d'avoir accepté cet entretien sur la contraception et la sexualité la plus largement mobilisée par les enquêté·e·s tient dans le fait de vouloir *me* rendre service. Si les personnes ne se présentent pas forcément comme uniquement altruistes, et osent souvent avouer un intérêt pour la question, c'est cette « aide » qu'elles peuvent m'apporter qui est mise en avant. C'est par exemple le cas pour Alicia³⁰ ou Fadi³¹, qui insistent également tou·te·s les deux, au moment de m'expliquer leur participation à l'entretien et comme de nombreux·ses autres enquêté·e·s, sur leur disponibilité :

Alicia : Euh, parce que le sujet m'intéresse... et puis parce que je veux vous aider quoi ! (rires) Non, mais je trouve que c'est important de passer une thèse et puis que... Que voilà. Et puis j'avais un peu de temps, donc je me suis dit « Je peux peut-être participer quoi ».

²⁸ Assistante commerciale au chômage, 56 ans, mariée, deux enfants.

²⁹ Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

³⁰ Documentaliste, 37 ans, en couple (pilule).

³¹ Informaticien, 26 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

Fadi : Bah c'est le, on va dire le plaisir d'aider. Si je peux apporter mon aide... d'une quelconque manière, ça me fait plaisir. Non, bah après c'est... quand je suis en congé, je suis disponible, donc y'a pas de souci donc ça me dérange pas. C'est un plaisir.

Cette volonté de m'aider dans mon travail permet par ailleurs de minimiser ou de cacher l'intérêt pour un sujet, la sexualité, qui peut être considéré comme subversif.

L'idée de me rendre service se retrouve également extrêmement fréquemment parmi les personnes, relativement nombreuses dans mon échantillon surdiplômé, qui ont déjà eu à chercher des gens à interroger. Anthony³² se réclame ainsi d'une « solidarité étudiante » et, plus généralement, les enquêtés s'appuient régulièrement sur leurs expériences personnelles pour justifier leur implication : Guillaume³³ m'explique avoir accepté car il fait des questionnaires sur la mortalité hivernale des abeilles, et qu'il sait que ce n'est pas facile d'avoir des réponses (dans son cas des apiculteurs) ; Colin³⁴ avait dû « recruter parmi ses élèves » pour son master 2 recherches en psychologie, il est donc content de « rendre service » à son tour (« Moi j'ai pas eu besoin de mettre d'annonce, donc je me suis dit "Si y'a des annonces, c'est pour que les gens ils répondent" ») ; Olivier³⁵ sait qu'il est « parfois dur d'obtenir des données » (et « avait du temps »), donc cela lui paraissait « tout à fait normal d'aider quelqu'un qui était en thèse » ; Flora³⁶ a également eu à faire « un dossier traitant d'une relation avec un patient » dans le cadre de ses études et sait que « des fois c'est pas facile d'avoir les réponses aux questions qu'on se pose », etc. Pour Nolwenn³⁷ (en master 1 de géographie), répondre s'apparente même à une forme de contre-don :

Bah moi, comme je fais des enquêtes, je suis trop contente que des gens me répondent, alors je me suis dit « Je peux pas forcément leur rendre la pareille », tu vois dans le moment, mais voilà, du coup je me suis dit « Si je le rends à quelqu'un d'autre ça marche aussi ! » (rire)

Ainsi, c'est souvent la connaissance, réelle ou supposée, de ce qu'implique un entretien et des difficultés de la recherche d'enquêté-e qui incite à participer à l'enquête. On peut souligner cependant que cette raison a le gros avantage d'être une raison dicible, légitime, d'accepter de parler de sexualité – il n'est donc pas étonnant qu'elle m'ait été fréquemment donnée.

Une autre source de motivation, qui repose également sur l'idée d'un service rendu, tient dans l'intérêt porté aux travaux qui pourront être produits. C'est par exemple le cas de Christophe³⁸, qui indique qu'il faut « aider les étudiants » (d'autant qu'il encadre lui-même des thèses en tant que médecin généraliste) mais surtout qu'il « aime beaucoup les thèses de sociologie » car il trouve que cela « apporte

³² Étudiant, 21 ans, en couple avec un homme (pilule et préservatifs avec les femmes).

³³ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

³⁴ Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

³⁵ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

³⁶ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

³⁷ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

³⁸ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

beaucoup à [son] métier ». Mais cette raison a été principalement avancée par des femmes et de manière plus précise, en lien direct avec la contraception et l'éducation sexuelle. Dans la lignée de leur « rôle sanitaire » (Cresson 1995), ce qu'elles recherchaient était une implication dans la production de données pouvant servir aux autres, et en particulier aux plus jeunes. C'est ce qu'indique par exemple Nolwenn, tandis que Jeanne³⁹ en appelle plus globalement à une augmentation des connaissances sur le sujet :

Nolwenn : Parce que ben la sexualité c'est quelque chose dont je parle souvent, qui m'intéresse, et que je trouve ça important de connaître, d'informer, bah justement, comme je t'ai dit, que ma petite sœur, voir comment elle est peu informée je trouve que ça manque vraiment d'études, d'implication, alors que ça a des conséquences trop graves dans la vie de quelqu'un. [...] Donc du coup c'était important... Enfin je trouvais ton étude intéressante.

Jeanne : Je serais heureuse d'avoir des études plus précises sur la manière dont les femmes abordent la contraception, d'avoir des données stat et des mesures plus précises... Voilà, je suis contente que le savoir soit de plus en plus raffiné sur cette question, donc autant que je puisse contribuer un peu ! (sourire) Voilà !

La volonté de participer à une étude dans une optique affichée de production de savoirs, et non pas simplement pour m'aider en tant que personne, peut donc également jouer.

Ainsi, pour rendre service dans une optique de contre-don ou non, en portant ou non un intérêt aux résultats, cette première modalité permet de se présenter d'une manière positive, altruiste, tout en se distanciant de l'aspect « sexualité » de l'entretien. Néanmoins, c'est bien sur un sujet considéré comme intime que porte l'entretien.

1.2.2.3 *Parler de sa sexualité*

Être invité-e à parler non seulement de sexualité, mais de *sa* sexualité, peut être pour le moins intrigant dans une société où la parole sur la sexualité conjugale ne va pas de soi, même avec des proches (Ferrand et Mounier 1993 ; Bidart 1997). Cependant, tout-e-s les enquêté-e-s ne s'attendaient pas à parler de sexualité dans les mêmes proportions.

Tous les hommes étaient au courant que l'entretien porterait sur la sexualité, mais ce n'était le cas que de la majorité des femmes (en particulier, les deux femmes sollicitées par leur gynécologue ne s'attendaient à parler que de contraception). Je me suis néanmoins rendu compte rapidement que cela pouvait rendre difficile le passage aux questions précises sur la sexualité, c'est pourquoi j'ai aussi souvent que possible été transparente quant à l'objet de l'entretien. Par ailleurs, si le thème de la sexualité exclut sans doute de l'échantillon certains individus, il a l'intérêt d'en intéresser beaucoup d'autres, comme Monique⁴⁰, habituée à évoquer en entretiens son militantisme ou sa carrière d'enseignante-chercheuse :

³⁹ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

⁴⁰ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

Et je dois dire que sur cette question, parler de sexualité, j'ai trouvé que... Ça m'a un peu amusée, d'être finalement obligée de... Bon, je fais des quantités d'interviews, sur des tas de choses. Mais là, qu'on m'interroge sur la sexualité, c'est beaucoup moins fréquent.

C'est également le cas de Jean-Marc⁴¹, recruté sur Twitter et qui m'a relancé lui-même pour faire l'entretien après quelques jours sans nouvelles de ma part ; comme il me le précisera, il « aime bien parler de sexualité ». Ainsi que le souligne pour sa part Domenico⁴², l'expérience peut sembler d'autant plus intéressante qu'il s'agit de « se confronter avec ça avec une inconnue », sans crainte donc de répercussions éventuelles (voir *infra*). Cette idée d'une « confrontation » avec sa sexualité est présente chez plusieurs enquêté-e-s, qui saisissent « l'occasion offerte de “faire le point” » (Déroff 2007b, p. 85). C'est par exemple le cas d'Eugénie⁴³, qui a « trouvé que c'était des sujets justement dont on n'a pas l'occasion de parler » et qui a donc jugé « intéressant justement [d'y] réfléchir ». De même pour Thomas⁴⁴, que cela « amusait » de parler de « [lui] et de [sa] sexualité », ou pour Nicolas⁴⁵ qui en profite pour faire « le bilan », ce qui lui semble inhabituel pour un homme : « y'a des filles qui comptent, elles se rappellent de tout, elles en parlent entre copines... Nous on n'en parle pas ». L'entretien peut ainsi apparaître comme une opportunité d'avoir une conversation qui serait impossible avec des proches, en particulier peut-être pour les hommes.

Par ailleurs, cette motivation à parler de sexualité peut également être en lien avec un questionnement sur sa propre sexualité, et une volonté de chercher des réponses auprès de l'enquêtrice, érigée en professionnelle du domaine. On retrouve ce discours principalement chez les hommes, peut-être parce qu'il est plus facile pour eux d'avouer un intérêt pour la sexualité et pour leur propre sexualité que cela ne l'est pour les femmes, généralement supposées « sans sexualité » (Spencer 1999). Mais on le détecte également, plus globalement, chez les personnes s'inscrivant dans un modèle de « réseau sexuel » ou de « désir individuel » plutôt que de « sexualité conjugale » (Bozon 2001a). Fabien⁴⁶, très actif sexuellement et qui se questionne sur ses pratiques, a ainsi accepté l'entretien dans « l'espoir d'avoir un petit compte rendu après », et Fabrice⁴⁷ parce qu'il se dit qu'il n'est « peut-être pas tout à fait normal » depuis qu'il fréquente des prostituées pour assouvir ses fantasmes de domination. Ses demandes de « ne pas le juger » avant l'entretien et au cours de celui-ci témoignent de son besoin d'être réassuré dans cette « normalité » : « je ne pense pas être une bête non plus ». Cette sollicitation de

⁴¹ Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

⁴² Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

⁴³ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte ; méthode des températures avec le CLER).

⁴⁴ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

⁴⁵ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

⁴⁶ Créateur de sites internet, 33 ans, célibataire, bisexuel et très actif sexuellement (préservatifs).

⁴⁷ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

l'enquêtrice apparaît également dans le discours de Nicolas⁴⁸ et, de manière encore plus directe, dans celui de Julien⁴⁹ :

Nicolas : Y'a aussi le fait que bah, comme en ce moment... Je me remets en question, j'ai l'aspect sexuel qui va pas forcément très bien non plus avec la fille avec qui je suis en ce moment, je me dis « Ça me permettra de me poser d'autres questions, d'avoir d'autres points de vue, de voir d'autres... » Enfin vraiment, d'avoir un peu de nouveautés quoi, d'avoir un point de vue un peu différent.

Julien : En fait moi j'aimerais avoir un retour de toi aussi, pour que tu me donnes ton avis sur ce que j'ai dit [...]. Comme par exemple quand je t'ai dit que j'utilisais la méthode du retrait sans savoir rien... [...] Qu'est-ce qui fait que je l'ai fait sans savoir que c'était... que ça pouvait être quand même vraiment grave quoi.

Que ce soit en sollicitant mon « point de vue » ou un « retour », il s'agit donc à la fois d'avoir un avis sur ses pratiques et de situer celles-ci par rapport à la « norme » (représentée par les statistiques sur tel comportement ou tel pratique). Dans le premier cas, lorsque l'entretien sociologique est compris comme pouvant apporter des « réponses », une potentielle déception de l'enquêté est possible – même si Nicolas souligne bien qu'il « savait bien [qu'il] allait pas voir un psy ». Ainsi, le fait que l'entretien porte sur la sexualité, sujet souvent difficile à aborder de manière détaillée avec ses pairs, peut encourager à y participer.

1.2.2.4 Revendiquer des pratiques « alternatives »

Enfin, une dernière raison invoquée pour accepter de participer à l'enquête est en lien dans la posture militante de certain·e·s enquêté·e·s. En effet, j'ai fait quelques entretiens à partir de contacts pris avec deux associations en particulier : d'une part une association catholique, la « méthode Billings⁵⁰ », et d'autre part une association se présentant comme écologique, la Symptothermie. Dans les deux cas, il m'a été relativement aisé d'obtenir des entretiens avec des moniteurs/trices ou une conseillère, dans la mesure où les militant·e·s de ces associations sont engagés dans une forme de « croisade morale » dont ils et elles sont les entrepreneurs (Becker 2012). Cela se voit bien dans l'entretien de Gaëtan et Sabine⁵¹, couple-moniteur de la méthode Billings : Gaëtan souligne ainsi qu'ils sont « habitués à communiquer sur [leur] méthode », et donc que ma demande ne posait pas de problème d'autant que comme le souligne Sabine cela pourra « ressortir quelque part » et ainsi peut-être convaincre « les gens qui pourront [me] lire ». Une autre monitrice, Marie-Bénédict⁵², insiste elle aussi sur le sens que ma « curiosité » a pour elle : elle témoignerait de la fin d'une « période où les gens étaient fermés » à la méthode, d'où son envie d'encourager cela en me répondant.

⁴⁸ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

⁴⁹ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

⁵⁰ Voir email de contact en annexe D3.

⁵¹ Mère au foyer et ingénieur, 41 ans, mariés, sept enfants (méthode Billings et abstinence).

⁵² Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

C'est encore plus manifeste dans le cas de la Symptothermie, association suisse qui cherche à se développer en France par le biais de ses « conseillères ». Une grosse différence entre les deux est que la Symptothermie vend les services de ses conseillères, là où la méthode Billings, promue dans les milieux catholiques, repose sur le volontarisme des « couples-militants ». Le fait de se faire connaître n'est donc pas seulement souhaitable : il est en fait absolument nécessaire pour la pérennité financière de la méthode – et de ses conseillères. Ainsi, ma prise de contact avec une conseillère de la région lyonnaise a rencontré un enthousiasme très fort : Félicie⁵³ m'a répondu rapidement, en me proposant un premier rendez-vous téléphonique et de nombreuses ressources, et elle a immédiatement lancé un appel à témoignage sur le groupe Facebook de la méthode (800 inscrites à ce moment-là). Par ailleurs, elle a informé de ma démarche la « Chargée de Communication chez Sympto » qui, trois jours après mon mail de prise de contact a mis en ligne « un peu à mon attention » un article regroupant des témoignages positifs d'utilisatrices⁵⁴. Suite à notre entretien, Félicie m'a envoyé une copie des échanges sur le groupe Facebook privé⁵⁵, qui se conclut par le retour qu'elle fait sur l'entretien que nous venons d'avoir :

Ayé, entretien sympa... un plaisir... une jeune femme très à l'écoute de mon parcours et puis des anecdotes et des mots-clés qui ressortaient dans vos discours et le mien. [...] Et nous avons aussi discuté des difficultés que l'on peut rencontrer quand, portées par l'euphorie, on parle de cette méthode naturelle et qu'on se fait rabrouer par les médecins/gynéco peu ouverts qui nous prennent pour des inconscientes... comme par les copines qui n'adhèrent pas et nous traitent de rétrogrades. [...] J'espère du fond du cœur que son travail, ses recherches, sa thèse elle-même contribuera à œuvrer pour le bien-être de la femme et un équilibre tant dans l'intime, que dans le couple, que dans les relations humaines au niveau social. (Message de Félicie sur le groupe Facebook « Symptothermie », 6 février 2016)

Le fait de me donner accès à ce « compte rendu » de notre entretien lui permet ainsi d'insister sur les points qu'elle juge importants dans l'utilisation qui va être faite de mon travail (elle demande d'ailleurs à relire les éventuels articles de presse qui paraîtraient à partir de mes recherches). Dans l'année suivant l'entretien, elle me relancera à peu près tous les deux mois pour m'inviter à des réunions payantes de présentation de la méthode, en précisant que je serai « son invitée » (malheureusement je n'ai jamais été disponible aux dates proposées). L'entretien – et plus généralement mon intérêt pour le sujet – est ainsi instrumentalisé par la représentante de l'association dans le cadre d'une volonté de diffusion et d'un agenda qui ne correspondent pas au mien, mais qui sont souvent observés dans ce type de configurations. L'enquête est alors perçue par les associations comme « pouvant légitimer ou valoriser leur existence et leurs activités », et le ou la sociologue « peut alors servir de caution ou d'atout pour l'entreprise en cours » (Beaud et Weber 2014 [1997], p. 100). Les moniteurs/trices de la méthode Billings mais surtout la conseillère Symptothermie avaient ainsi un intérêt fort à accepter l'entretien –

⁵³ Naturopathe et conseillère Symptothermie, 48 ans, célibataire (symptothermie).

⁵⁴ Source : <http://blog.sympto.org/temoignages/913/#sthash.gfomL67S.ObixxIrY.dpbs>, consulté le 3 mars 2016.

⁵⁵ Je n'y avais pas accès directement car ce groupe est réservé aux utilisatrices ; je ne l'ai rejoint que quelques mois plus tard, après avoir argumenté que c'est plus simple pour moi pour trouver des personnes à interroger.

et cet intérêt joue aussi sur le contenu de l'entretien, qui permettait de me présenter de manière positive leurs méthodes ainsi que les répercussions de ces dernières sur la sexualité.

C'est également le cas, mais dans une moindre mesure, avec les utilisateurs/trices de ces méthodes. Ainsi parmi celles et ceux qui utilisent la symptothermie, Émeline⁵⁶ a accepté l'entretien pour m'aider, mais pas uniquement : « C'est pour la cause, aussi. Faut qu'on en parle, et c'est en pleine expansion, et c'est en partie grâce à des gens comme vous qui vous intéressez quoi. » ; Julie⁵⁷, parce que « c'est important de faire connaître la symptothermie » ; Geoffrey⁵⁸ car « c'est une opportunité de parler un peu plus de la symptothermie, d'aider à son essor » ; et Antoine⁵⁹, parce que sa compagne « lui a demandé » et pour témoigner de « l'implication des hommes » possible dans cette démarche, qu'il veut « encourager ». Cependant, lorsque les personnes qui ne sont pas en lien direct avec les associations, elles peuvent également faire preuve de plus de liberté dans l'évocation d'éventuels revers de la méthode. Dans certains cas, les critiques sont même explicites, comme chez Aline⁶⁰, qui apprécie la méthode prônée par la Symptothermie mais pas l'association elle-même, ou chez Marielle⁶¹ qui me relate son expérience très négative avec une monitrice Billings (voir chapitre 8).

Ainsi, accepter l'entretien peut se faire dans le but de (re)présenter et promouvoir une méthode contraceptive particulière, dans une optique militante qu'il faut garder en tête dans l'analyse de l'entretien.

Ces quatre registres de justification nous permettent de mettre au jour la représentation que les personnes interrogées se font de l'entretien et ce qu'elles en attendent (Mauger 1991, p. 142). Comprendre les motivations des enquêté-e-s à participer à la recherche permet de distinguer entre des personnes interrogées en tant que *témoins* de leur époque, pour la faire comprendre aux plus jeunes ; d'autres se présentant comme *altruistes*, pour lesquelles c'est la dimension relationnelle qui prime, ce qui permet de faire passer la sexualité à l'arrière-plan ; d'autres, plus centrées sur la sexualité, qui voient l'entretien de manière plus *utilitaire*, comme une expérience personnelle difficile à vivre autrement ; et les dernières enfin qui, dans une démarche *militante*, se focalisent sur la promotion de certaines pratiques de contraception. L'identification de ces quatre registres permet également de comprendre qu'il ait été difficile de recruter des personnes appartenant aux classes populaires, moins familières de l'enquête (premier registre) et moins habituées à formuler des discours sur leur vie personnelle (second registre). Par ailleurs, dans les quatre cas, la posture des enquêté-e-s a des effets sur le contenu de l'entretien, mais

⁵⁶ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

⁵⁷ Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁵⁸ Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁵⁹ Ingénieur, 34 ans, en couple, deux enfants (symptothermie et sexualité non pénétrative).

⁶⁰ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

⁶¹ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

également sur ma latitude pour orienter celui-ci – et c’est justement à la manière de mener l’entretien que je vais maintenant m’intéresser.

2 Mener les entretiens : le genre de l’enquête

Avoir conscience des caractéristiques de la relation d’enquête, en particulier de la manière dont les enquêté·e·s considèrent l’enquêtrice et des effets que cela peut avoir sur leurs discours, est essentiel pour mener et analyser les entretiens. On peut distinguer trois dimensions centrales dans l’analyse de l’entretien (Villani et al. 2014, paragr. 5) : d’abord, celle qui concerne les positions sociales différenciées de l’enquêtrice et des enquêté·e·s (comme le sexe, l’âge, la classe ou encore la race) ; ensuite, celle des interactions (rires et silences, gestes, mimiques, etc.) et la manière dont elles influent sur l’entretien ; enfin, celle de la circulation et de la gestion des émotions dans l’entretien. Il va donc s’agir de revenir sur ces différentes dimensions.

Dans le cas de ma recherche, les entretiens portent sur la sexualité. Si l’on suit Georges Devereux :

Un entretien sur la sexualité, même s’il s’agit d’une interview scientifique, est, en lui-même, une forme d’interaction sexuelle qui peut, dans certaines limites, être entièrement vécue (*lived out*) et résolue sur un plan purement symbolique ou verbal. (Devereux 1980, p. 160)

On peut nuancer cette idée que tout entretien sur la sexualité serait nécessairement une interaction sexuelle (même résolue sur un plan symbolique), et il paraît plutôt nécessaire de porter une attention renforcée à la situation d’interaction et aux conditions qui peuvent faire advenir cette sexualisation de l’entretien pour la prévenir ou, à défaut, pouvoir l’analyser (sur le sujet voir également Damian-Gaillard et Trachman 2015, p. 48). Interroger la manière dont les entretiens ont été menés ainsi que celle dont mes caractéristiques sociales et celles de mes enquêté·e·s ont participé de la production des récits est donc central.

Une analyse de la relation d’enquête implique de revenir sur le point de vue situé qui a été le mien non seulement dans l’analyse *a posteriori* des entretiens mais également sur le terrain, ainsi que sur la question du sexe et du genre de l’enquêtrice dans l’entretien sur la sexualité. Mais il faut également aborder la possibilité même de mener un entretien sur la sexualité : comment aborder celle-ci dans l’entretien, entre attentes différenciées des enquêté·e·s et difficultés à rendre compte de pratiques considérées comme intimes et pour lesquelles il peut être difficile de trouver les mots ?

2.1 La relation d’enquête : entre genre, sexualité et sexualisation

La sociologie est prolixo concernant la méthodologie de l’enquête, et en particulier les écueils auxquels le chercheur ou la chercheuse doit faire face dans le cadre de la construction de la relation d’enquête. Plusieurs articles et manuels reviennent sur le sujet (Mauger 1991 ; Bizeul 1998 ; Beaud 1996 ; Kaufmann 2016 [1996] ; Beaud et Weber 2014 [1997], pour n’en citer que quelques-uns),

et le retour réflexif sur la relation d'enquête est un passage obligé. Je me plie d'autant plus volontiers à cet exercice de réflexion autour de l'idée de neutralité axiologique qu'il m'apparaît également indispensable d'un point de vue féministe (Clair 2016a, p. 70). Les théories féministes du point de vue mettent en effet bien en évidence cette nécessité de penser les caractéristiques de enquêteurs/trices et la manière dont elles sont perçues par les enquêté-e-s, mais également de prendre ensuite en compte sa propre position dans l'analyse des données (pour un point sur le sujet voir Puig de la Bellacasa 2012 ; Puig de la Bellacasa 2014 ; Clair 2016a). Cette question de la position et du point de vue situés peut être abordée en deux temps : d'abord par une réflexion sur les caractéristiques, perçues ou invisibles, de l'enquêtrice – et ce qu'elles ont pu faire à l'enquête – puis par un retour plus détaillé sur les effets de mon sexe et de mon genre sur les entretiens eux-mêmes.

2.1.1 La position située de l'enquêtrice : caractéristiques perçues, inférées, invisibles

Pour comprendre les données de l'enquête qualitative, il faut revenir sur leurs conditions de production – et donc sur la perception que les enquêté-e-s avaient de moi. Je vais m'intéresser d'abord aux informations perçues par mes interlocuteurs/trices et leur permettant d'objectiver mon positionnement social, avant de développer les caractéristiques invisibles qui jouent plutôt sur « la formulation de la question de recherche, sur le choix du terrain, sur sa réalisation, sur son analyse » (Clair 2016a, p. 81).

Comme j'ai eu l'occasion de l'expliquer, j'ai pris contact avec les enquêté-e-s de plusieurs manières : avec ou sans intermédiaire, en les sollicitant directement ou bien en mettant à disposition mon adresse mail ou mon numéro de téléphone. Tou-te-s connaissaient néanmoins mon sexe, et une bonne partie savait que j'étais plutôt une jeune chercheuse. Ces deux caractéristiques sont les premières susceptibles de jouer sur la relation d'enquête mais elles ne sont pas les seules : la race, les caractéristiques physiques, la manière de parler, les vêtements, etc. influencent les représentations et donc les attentes des enquêté-e-s. Ainsi, indépendamment de mon sexe et de mon âge, il me fallait tenir compte tant de ma manière de me présenter que de l'orientation sexuelle qui m'était imputée.

Concernant l'âge, pour commencer : au moment de mener les entretiens, j'avais entre 25 et 28 ans. Plusieurs enquêté-e-s m'ont demandé mon âge, soit au début de l'entretien, soit au cours de celui-ci (en particulier par téléphone), souvent pour déterminer s'ils et elles pouvaient compter sur une communauté d'expérience générationnelle lors de l'évocation de certains éléments de leur socialisation (par exemple le fait d'avoir eu des cours de sensibilisation au VIH à l'école). Ainsi, être du même âge a pu être vu comme un facteur de complicité, permettant de se distancier ensemble d'autres générations. C'est par exemple ce que fait Matthieu⁶² à propos de la protection face au VIH :

⁶² Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

Je peux comprendre que les jeunes, enfin, les gens qui sont de la génération en dessous ils soient beaucoup moins prudents. Et en même temps, je les comprends, et en même temps je les comprends pas, quoi.

La perception de l'appartenance à une même génération a pu permettre à certain·e·s enquêté·e·s d'exprimer des opinions négatives envers les autres – mais a sans doute également pu empêcher des enquêté·e·s plus âgé·e·s d'exprimer frontalement d'éventuelles remarques critiques sur ma génération.

Une autre caractéristique immédiatement remarquable, du moins par les personnes que j'ai rencontrées, est le fait que je suis blanche. Cependant, cette recherche n'a pas été l'occasion d'une mise en évidence exacerbée de cette blanchité (comme cela a pu être le cas par exemple pour Christelle Hamel ; voir Hamel et Clair 2012), car c'était également le cas de la très large majorité de personnes interrogées.

Un élément qui doit également être pris en compte tient dans la différence – ou au contraire la congruence – de mon milieu social et de mon capital culturel avec ceux des enquêté·e·s. Par rapport à la majorité des enquêté·e·s, le fait de faire une thèse attestait de mon niveau d'étude et d'une certaine forme de capital culturel (même pour celles et ceux qui n'identifient pas forcément cet exercice). Parmi les enquêté·e·s ayant plus de connaissances du système universitaire français, le fait de faire cette thèse dans une institution prestigieuse (et, dans une partie des cas, de proposer que l'entretien ait lieu à mon bureau, à l'ENS de Lyon) témoignait également de ce capital. Cela a pu susciter de la part des enquêté·e·s des questionnements quant au niveau de langage à adopter, l'entretien étant rapproché d'un exercice scolaire et ma position étant porteuse de violence symbolique potentielle. Mais le fait d'apparaître comme une étudiante ou une chercheuse sérieuse a aussi eu des conséquences positives, plusieurs enquêté·e·s m'ayant ainsi rapporté qu'ils et elles n'auraient pas accepté d'évoquer leur sexualité sans des gages de sérieux de la part de leur interlocutrice. Enfin, mon échantillon étant particulièrement diplômé, j'étais dans la majorité des cas face à des personnes possédant également du capital culturel institutionnalisé, ce qui contribuait sans doute à désamorcer le risque de sentiment de domination – d'autant plus que je me présentais comme simple « étudiante ». Un des seuls cas où la différence a posé problème est celui de Maeva⁶³, mère au foyer sans diplôme, mais qui m'a plutôt assimilée à l'institution médicale, me demandant à plusieurs reprises dans l'entretien des conseils concernant la contraception ou les IST, pour elle et pour son entourage (voir *infra*).

Par ailleurs, certaines caractéristiques ne sont pas immédiatement visibles, mais elles sont inférées par les enquêté·e·s (Demazière 2008, p. 19) et peuvent jouer sur l'entretien. C'est le cas de l'orientation sexuelle : lorsqu'il en a été fait mention, c'était toujours en partant de l'idée que j'étais hétérosexuelle. C'est peu surprenant compte tenu de la présomption d'hétérosexualité qui prévaut dans notre société – d'autant plus que la majorité des personnes interrogées étant elles-mêmes

⁶³ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

hétérosexuelles⁶⁴, leur orientation sexuelle personnelle est souvent un impensé et il est facile de m'inclure dans celui-ci. Par ailleurs, mon *hexis* corporelle et mon apparence typiques d'une féminité considérée comme traditionnelle (robe ou jupe, talons, maquillage, bijoux) peuvent appuyer cette hypothèse – manière de performer le genre et orientation sexuelle étant fréquemment liées dans les représentations. J'en ai d'ailleurs régulièrement joué : d'une part avec les femmes, afin d'encourager une forme de complicité propice aux confidences (voir *infra*) et d'autre part avec les promoteurs/trices de méthodes d'auto-observation, en particulier catholiques, avec lesquelles j'évoquais un « fiancé » afin de susciter une approbation de leur part et de les mettre à l'aise.

Supposée hétérosexuelle, il était alors normal pour la majorité des enquêté·e·s que j'utilise moi aussi une forme de contraception. Plusieurs hommes ont ainsi profité de l'entretien pour me poser des questions, le fait que je sois spécialiste de cette question venant renforcer ma position de femme, en charge de la contraception dans le couple (Thomé et Rouzard-Cornabas 2017) et connaissant donc les « bonnes réponses » (délais, dangers, etc.) dans ce domaine. C'est par exemple le cas de Julien⁶⁵ :

Julien : C'est-à-dire qu'elle a un peu plus mal, elles [*les règles de sa petite amie*] durent plus longtemps... C'est dû au stérilet, ça en fait ? Ou tu sais pas ?

Enquêtrice : C'est un effet secondaire du stérilet ouais, d'avoir des règles plus abondantes et qui font plus mal, c'est un effet secondaire possible.

Ainsi, mes caractéristiques physiques objectives, de même que les caractéristiques que les enquêté·e·s déduisaient à partir de mon apparence, de ma présentation de moi et de mon *hexis* ont joué de manière importante sur la relation d'enquête.

Mais la question du positionnement sur le terrain ne se pose pas seulement en termes de perception par les enquêté·e·s. Certaines caractéristiques sont « invisibles », et mon rattachement à la sociologie du genre et au féminisme, est aussi à prendre en compte dans l'analyse des entretiens. C'est d'autant plus le cas qu'il était facile pour les enquêté·e·s de déduire mon rattachement aux études de genre d'une simple recherche rapide sur internet, ce qui était susceptible d'avoir des effets sur les propos tenus. Cependant, aucun·e enquêté·e n'y a fait allusion lors des entretiens – à une période où les débats sur la « théorie du genre » (Husson 2013) étaient pourtant encore frais. Dans la conduite des entretiens, j'ai choisi de mettre de côté ce rattachement aux études de genre et féministes, afin de rester dans une posture d'empathie quel que soit le discours tenu et pour que les enquêté·e·s se sentent libres de rendre compte de leurs pratiques et d'exprimer autant que possible leurs représentations, en particulier concernant les rapports de genre. Quelques enquêté·e·s ont d'ailleurs protesté à certaines de mes questions finales, qui interrogeaient ce qu'étaient pour eux/elle « la féminité » et « la masculinité/la virilité », pointant du doigt l'aspect normatif des questions (en particulier des personnes ayant un capital

⁶⁴ Certaines se déclarent bisexuelles, d'autres homosexuelles, mais en ayant eu auparavant dans leur vie des pratiques hétérosexuelles.

⁶⁵ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

culturel important et sensibilisées aux questions féministes). Ainsi, ma position de sociologue féministe ne semble pas avoir été trop partie prenante de la relation d'entretien.

Qu'ils soient perçus, déduits ou invisibles, tant mes caractéristiques que mon positionnement sont à avoir en tête dans la conduite et l'analyse réflexive des entretiens. Cependant, ce qui a semblé-t-il joué de la manière la plus importante est mon sexe, et c'est sur le fait d'être une femme que je voudrais désormais revenir de manière un peu plus détaillée.

2.1.2 Avantages et limites d'être une femme (dans la relation d'enquête)

La prise en compte du sexe du/de la sociologue est désormais chose courante dans les retours réflexifs sur le terrain, au même titre que celle du milieu social. Tenir compte du « sexe de l'enquête » (Monjaret et Pugeault (dir.) 2014) apparaît ainsi indispensable quel que soit le sujet de recherche, et c'est même la place de la sexualité dans la relation d'enquête qui fait aujourd'hui l'objet d'analyses (Clair 2016b). Lorsque l'on travaille sur la sexualité, l'étude des effets du sexe de l'enquêteur/trice amène en effet rapidement à s'interroger sur ce que la sexualité elle-même fait à l'entretien. Cela explique sans doute que cette question soit plus travaillée par les chercheurs/ses dont les recherches portent précisément sur ce thème de la sexualité, alors même qu'elle joue quel soit le sujet de l'entretien (*Ibid.*, p. 46). C'est sur ces deux aspects que je voudrais revenir : d'une part, le fait de mener cette recherche en tant que femme et, d'autre part, ce que la sexualisation fait à l'enquête – et à l'enquêtrice. Je commencerai par m'intéresser aux relations avec les enquêtées, avant de développer de manière plus détaillée celles avec les enquêtés.

2.1.2.1 *Avec les femmes : la construction d'une complicité ?*

La quasi-totalité de femmes interrogées étaient hétérosexuelles et, même lorsque cela n'était pas le cas, je n'ai jamais ressenti de sexualisation de l'entretien. Le fait d'être une femme a néanmoins joué sur celui-ci, être entre femmes ayant généralement permis la création d'une complicité basée sur la communauté d'expériences, d'autant plus forte que mon hétérosexualité était présumée. Un des moyens d'alimenter cette communauté d'expérience a été de faire allusion à des difficultés partagées, par exemple avec la contraception, lorsque les enquêtées peinaient à développer un sujet :

Enquêtrice : Et justement à la fin vous me disiez que vous aviez souvent tendance à l'oublier [la pilule]...

Béatrice⁶⁶ : Ouais.

Enquêtrice : Parce que bon bah, c'est compliqué d'y penser tous les jours, quoi. Et du coup comment est-ce que vous faisiez, dans ce cas-là ?

Je reprends ici à mon compte un reproche exprimé précédemment par Béatrice, afin de lui montrer que j'y souscris également et l'encourager à développer les effets de ces oublis de pilule sur sa sexualité. L'entretien pouvait alors parfois se rapprocher de la confiance « entre copines », script

⁶⁶ Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

propice à l'évocation du domaine intime et de la sexualité (Bidart 1997 ; Moulin 2005). Cela a été particulièrement le cas avec les femmes les plus proches de moi en âge au moment des entretiens : en témoignent par exemple les nombreux rires partagés lors des entretiens avec des jeunes femmes (par exemple 72 occurrences dans l'entretien de Nolwenn⁶⁷, 86 dans celui de Laura Li⁶⁸).

La création de cette forme de complicité m'a d'ailleurs poussée, dans un cas précis, à sortir de la relative neutralité teintée d'empathie qui était la mienne. Lors de mon entretien avec Nolwenn, cette communauté de sexe a en effet joué un rôle supplémentaire, qui a également mis en jeu mon identité en tant que chercheuse féministe. Dans la dernière partie de l'entretien, et après y avoir fait des allusions voilées à plusieurs reprises, elle m'a fait le récit du viol qu'elle avait subi quelques années auparavant de la part de son petit ami de l'époque (ils s'étaient disputés, elle était ivre et s'était couchée en pensant qu'il était parti de chez elle, mais il est revenu et l'a sodomisée de force). Après ce récit, Nolwenn⁶⁹ revient sur le qualificatif de « viol » (qu'elle a finalement apposé dessus après avoir vu une psychologue) et s'interroge sur la « faute » qui est la sienne dans cet événement :

Nolwenn : Mais c'est *moi*, de m'être mise dans cette situation-là, d'être tellement soûle que je pouvais pas me défendre, ça c'était grave pour moi.

Enquêtrice : Et ça t'en as discuté avec ta psy ? Elle t'a dit que c'était pas ta faute et... ?

Nolwenn : Voilà ! Bien sûr voilà que c'est pas ma faute et tout. Mais quand même... En fait... Ce qu'il a fait en fait, je me dis : « Mais y'a plein de mecs qui le font quoi » et, voilà, après c'est moi qui aie été aussi... Je suis aussi maître de mon corps, et là pour le coup je l'ai pas été quoi. [...] Voilà, j'étais offerte complètement, j'étais à moitié endormie et voilà. Donc...

Enquêtrice : Oui mais parce que tu étais avec quelqu'un en qui tu avais confiance.

Nolwenn : Bah pour le coup en fait je croyais qu'il était sorti de l'appart.

Enquêtrice : Raison de plus, en plus tu croyais qu'il était pas là. Tu peux pas dire que c'était...

Nolwenn : Ouais, ouais ouais, bien sûr mais... C'est... En fait je savais avec ce mec-là que j'étais pas en sécurité. Il m'avait déjà fait mal, il m'avait déjà voilà. Donc... J'aurais dû être plus sur mes gardes, tout ça.

Le fait d'être face à une situation de violence ordinaire (« y'a plein de mecs qui le font ») déstabilise Nolwenn, qui a du mal à qualifier l'acte qu'elle a subi. Comme le montre Mathieu Trachman, pour les femmes confrontées à « l'ordinaire de la violence » le poids du témoignage auprès de personnes et d'institutions extérieures est central dans l'émergence d'une réflexivité sur ce qu'elles ont subi (Trachman 2018, p. 145-146). Or, dans ce passage, qui relève plutôt du dialogue que de l'entretien sociologique, je dévie de la place qui est la mienne pour me placer justement dans celle d'une personne encourageant la réflexivité. Je me suis longtemps interrogée sur la légitimité que j'avais à insister auprès de Nolwenn sur le fait qu'elle n'était pas coupable, mais je pense avec Isabelle Clair que « les savoirs féministes ont ceci de particulier qu'ils sont ancrés dans une pratique ». Dans certaines situations, les

⁶⁷ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

⁶⁸ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

⁶⁹ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

« manuels mentaux mobilisables » du féminisme (Clair 2016a, p. 77) – en l’occurrence les savoirs concernant le viol conjugal – sont doublement utiles. En effet, c’est le cas à la fois en matière de terrain, cet échange ayant sans doute renforcé la confiance de Nolwenn, et en ce qui concerne les émotions qui se déploient de part et d’autre dans l’entretien, pour essayer de dépasser le tiraillement « entre, d’une part, une posture attendue d’ouverture pour recevoir ce que les enquêté-e-s viennent apporter et, d’autre part, une posture scientifique censée produire un travail d’objectivation de situations, d’interactions, de discours ou d’actions observées » (*Ibid.*, p. 3). Ici, le fait d’être du même sexe – et donc du même côté de l’ordre du genre – a joué un rôle important dans le déroulement de l’entretien et dans la confirmation d’une complicité, voire d’une sororité.

La mise en place d’une forme de complicité, pouvant passer par un soutien féministe, a ainsi été centrale dans le déroulé des entretiens avec les femmes. La situation a été très différente avec les hommes interrogés.

2.1.2.2 Avec les hommes : sexualisation et « blouse blanche »

La prise en compte de la différence de position dans l’ordre sexué entre moi et les hommes interrogés et la sexualisation potentielle qui en découlent sont indispensables pour rendre compte des entretiens (Kulick 2011). Si l’on suit le psychanalyste et anthropologue Georges Devereux c’est, en particulier dans le cas d’une recherche sur la sexualité, ce contexte qui permet de récolter les meilleures interactions :

Contrairement à une opinion courante, il semble probable que la meilleure information sur la sexualité féminine puisse être obtenue par des ethnologues du sexe masculin et *vice versa*. [...] Un informateur donnera une information meilleure et, surtout, pluridimensionnelle à un ethnologue du sexe opposé. (Devereux 1980, p. 160)

Selon lui, c’est le rapprochement entre entretien de sociologie et consultation de psychanalyse qui incite à penser qu’un « transfert » se ferait mieux, dans le cas de personnes hétérosexuelles, lorsque l’interlocuteur et l’interlocutrice sont de sexes différents. Il m’est difficile d’établir une comparaison avec ce qu’aurait pu être la situation inverse⁷⁰, mais j’ai en tout cas régulièrement été assimilée à mon groupe de sexe et renvoyée à mon hétérosexualité présumée. Laurent⁷¹ m’a par exemple expliqué trouver « plus beau » un sexe masculin circoncis, commentant « les femmes, je sais pas ce que vous en pensez », m’érigeant porte-parole esthétique de l’avis féminin sur le sujet. Patrick⁷² a pour sa part ajouté, à propos de l’arrêt par sa femme de la pilule, jugée trop « contraignante » : « vous êtes une femme, je pense que vous comprendrez ». J’étais ainsi perçue comme occupant la même position dans l’ordre sexué et sexuel que leurs compagnes ou partenaires.

⁷⁰ On trouve peu de recherches menées par des hommes sur la sexualité des hommes hétérosexuels (voir tout de même certains enquêtés de Vörös 2015 ; Damian-Gaillard et Trachman 2015 ; concernant les entretiens avec des femmes menés par un homme, on pourra consulter Combessie 2014).

⁷¹ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

⁷² Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

Le fait de ne pas avoir le même sexe a cependant ses écueils. Le plus important à mon sens est en lien avec la diffusion, du moins dans les représentations, d'un « ethos égalitaire » (Clair 2011). Ainsi, la majorité des hommes a pris des précautions lorsqu'il s'agissait de formuler des opinions ou de raconter des faits susceptibles de me choquer car j'étais une femme. L'humour apparaît alors comme la meilleure manière pour eux de mettre à distance le récit qu'ils me font, me prévenir de leur sexisme devant permettre de l'excuser :

Nicolas⁷³ : [À propos de la différence entre hommes et femmes en ce qui concerne la fréquence des rapports sexuels] Ça va dépendre des filles je pense, mais y'a en par contre qui sont chiantes, entre guillemets... [...] Ça va faire un peu macho, de dire ça ! (rires) Y'a des trucs, 'fin des trucs cons, mais... y'a... Y'a des filles qui vont dire : « Les hormones, etc., ça on s'en fout quoi », mais y'en a, là celle avec qui là ça fait un an, à chaque fois qu'elle a ses règles c'est systématiquement des moments où elle va être chiante, elle va me chercher des noises pour rien quoi. Et du coup à ce moment-là on sait que bon bah c'est pas la peine. [...]

Enquêtrice : D'accord.

Nicolas : C'est bon, c'était pas trop macho ?

Enquêtrice : Non non ! Si vous l'avez remarqué sur cette partenaire-là... Pourquoi pas, quoi, ça dépend des filles.

Nicolas explicite la dimension « macho » de son propos – cette explicitation ne venant pas indiquer qu'il souscrit à cette analyse, mais plutôt qu'il sait qu'elle peut être faite et préfère prévenir mes éventuels jugements ou critiques. Avoir affaire à un enquêteur aurait peut-être permis la construction d'une complicité virile, pendant de la complicité féminine qui a pu émerger dans plusieurs de mes entretiens avec les enquêtées.

Mais ce qui représente à mon sens le cœur de ces entretiens avec des hommes est la sexualisation potentielle de l'interaction – problème fréquemment rencontré lorsque l'on enquête sur la sexualité (Trachman 2013b) ou dans des milieux fortement organisés autour de la différence des sexes (Saouter 2014), mais qui était ici renforcé par le dispositif en place. Comme l'indique Isabelle Clair en s'appuyant sur la « théorie des scripts » (Gagnon et Simon 1973), tout entretien relève d'un « script sexuel caché » (Clair 2016b, p. 54). En effet, il s'agit d'une demande, souvent insistante, de « relation particulière » ; l'entretien a lieu dans un lieu « calme, privé, ou au moins isolé » (*Ibid.*, p. 55) ; par ailleurs, dans mon cas, la demande vient d'une femme, ce qui « renverse le script sexuel convenable selon lequel il revient aux femmes de mettre à distance le corps et le désir des hommes » (*Ibid.*, p. 56) ; enfin, la situation est d'autant plus exacerbée que l'entretien porte sur la sexualité (voir *infra*). Ainsi, comme le résume Isabelle Clair :

Alors que l'enquêteur.trice s'efforce de mettre en scène une relation à visée scientifique, son interlocuteur.trice peut croire y déceler une visée sexuelle – ou, *a minima*, une disponibilité sexuelle. (Clair 2016b, p. 55)

⁷³ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

C'est par exemple ce qu'exprime Patrick⁷⁴, lorsqu'il m'explique avant que l'entretien ne commence, dans mon bureau, que celui-ci aurait pu avoir lieu chez lui, mais que nous aurions eu ses filles « dans les pattes » et qu'il n'a pas osé me proposer de venir après 21 h, une fois celles-ci couchées, de peur que cela soit « mal interprété ». Il a également renoncé à l'idée de faire l'entretien dans un bar à la fois pour éviter de parler en public et pour ne pas que cela passe pour un « plan-rencard », et me dit que sa femme a été surprise que je propose de faire l'entretien au domicile des enquêtés (« Bah elle a pas peur ! »). Ce « script sexuel caché » transparaît également dans les propos de Guillaume⁷⁵, dont le téléphone sonne à plusieurs reprises au cours de l'entretien et qui finit par me dire en riant que sa petite amie est « un peu jalouse » car il a plaisanté à propos de l'entretien en lui disant : « on va mettre en pratique les questions sur le préservatif ».

Cependant, seul un enquêté a essayé de me recontacter suite à l'entretien, en m'envoyant à plusieurs reprises des textos pour me dire que « sans vouloir paraître intrusif » il avait trouvé l'échange « incomplet » et qu'il voudrait avoir « la chance » d'entendre mon « point de vue sur tout un tas de sujets » autour d'un verre, d'autant qu'il avait « certes envie d'en savoir plus sur le sujet clairement » mais « aussi envie d'en savoir plus sur [moi] » car j'étais « très sympathique » (j'ai dû indiquer être trop occupée). Cela m'a mise dans une position extrêmement désagréable, dans la mesure où j'avais l'impression d'avoir envers lui une « dette » (plus difficile à acquitter qu'envers les femmes les plus âgées qui s'enquéraient simplement de ma situation conjugale).

Cela était par ailleurs problématique à deux égards : d'une part, en termes de scientificité – sans croire à l'existence d'une neutralité du discours, la présence d'un potentiel rapport de séduction semble particulièrement susceptible d'influer sur la présentation de soi de l'enquêté à l'enquêtrice, surtout peut-être en matière de sexualité. D'autre part, en termes de sécurité : comme le note Isabelle Clair, ces situations peuvent s'avérer « non seulement désagréables et préjudiciables pour l'enquête, mais aussi inquiétantes, voire dangereuses, y compris pour soi-même » (*Ibid.*, p. 78). Or, je me suis très vite rendu compte qu'aller faire des entretiens sur la sexualité, en tête-à-tête, chez des hommes que je ne connaissais pas me procurait une sensation d'insécurité que j'avais du mal à exprimer. Je faisais particulièrement attention à la manière dont j'étais habillée et maquillée, afin d'essayer de réduire au maximum les signaux pouvant évoquer une forme de disponibilité – ma « meilleure robe d'enquêtrice » (Newton 1993) devenant celle qui permettrait au maximum de faire oublier mon sexe, tout en évitant de passer pour trop prude, pour ne pas empêcher la parole sur la sexualité (sur cette « double contrainte » que représente le fait de devoir éviter d'être vue comme séductrice ou au contraire comme pudibonde, voir Damian-Gaillard et Trachman 2015, p. 51). Cependant, je ne remettais au début pas en cause le fait de mener les entretiens au domicile des enquêtés, afin de pouvoir avoir une idée de l'environnement des

⁷⁴ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

⁷⁵ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

personnes interrogées. Aller chez les enquêtés me paraissait donc indispensable – mais je laissais l’adresse à une personne de confiance, en prévenant de l’horaire de l’entretien et de celui auquel il fallait s’inquiéter si je ne donnais pas de nouvelles. Ce n’est que grâce à des conversations informelles avec d’autres doctorant·e·s⁷⁶ que j’ai réalisé que si je ne me sentais pas en sécurité, il ne fallait pas que je le fasse – et la lecture à la même période de l’article d’Isabelle Clair sur ce « tabou méthodologique » (2016b) a également été une source de grand soulagement pour moi, un raisonnement scientifique et des mots étant enfin posés sur mes problèmes « personnels » de terrain. À partir de ce moment-là, j’ai pris la décision de faire les entretiens avec les hommes soit en extérieur, soit dans mon bureau de l’ENS de Lyon, qui en plus de me permettre de me sentir protégée⁷⁷ est ainsi devenu ma « blouse blanche », déssexualisant l’entretien tout en attestant du sérieux de ma démarche.

2.2 Faire émerger la sexualité dans l’entretien

Si les références méthodologiques abondent concernant l’entretien, elles sont plus rares et plus éparses en ce qui concerne l’entretien *sur la sexualité*. Marie-Laure Déroff est l’une de celles qui a le plus écrit sur la question, à partir de son enquête par entretiens sur la sexualité hétérosexuelle (Déroff 2007b ; Déroff 2007a). Elle revient en particulier sur le mode narratif des récits sur la sexualité⁷⁸, et distingue récits masculins plus « carriéristes » et récits féminins plus « situationnels », centrés sur l’expérience actuelle (*Ibid.*, p. 80). Un article de Régis Schlagdenhauffen⁷⁹ (2014b) s’intéresse pour sa part aux modalités de la parole sur la sexualité en entretien, et sur la meilleure manière de la susciter. Enfin, les particularités de ce type d’interaction sont également abordées dans quelques articles (voir par exemple Damian-Gaillard et Trachman 2015) ainsi que dans les thèses de sociologie de la sexualité, pour illustrer des recherches sur des objets précis (voir par exemple Bergström 2014, p. 194-205 ; Vörös 2015, p. 153-205 ; Fidolini 2018, p. 38-45). En m’appuyant sur ces travaux, je voudrais me centrer pour ma part sur les effets du système de genre non pas sur la sexualité, mais bien sur *l’entretien* à propos de la sexualité⁸⁰.

Comprendre le déroulé des entretiens, ce que prévoyaient les enquêté·e·s et la manière dont cela a ou non correspondu à leurs attentes, est primordial. Mais il faut également s’intéresser aux mots de la sexualité, pour voir ce qu’ils permettent ou non de dire, et ce que l’analyse des termes employés peut

⁷⁶ Et je remercie en particulier Mona Claro de m’avoir incitée à prendre en compte mon bien-être et ma sécurité.

⁷⁷ Ce qui m’a en particulier été d’une grande utilité lors d’un entretien que j’ai interrompu au bout de 35 minutes (et donc exclu du corpus) car l’enquêté, arrivé en tenant une bière ouverte, avait une attitude très déstabilisante, refusant de répondre à la majorité de mes questions et regardant son téléphone pendant que je lui parlais.

⁷⁸ Cette question de la manière de faire le récit de sa sexualité avait également été abordée par Sharman Levinson dans sa thèse sur les premières relations sexuelles, où elle avait mis en évidence des « histoires de références » utilisées par ses enquêté·e·s pour rendre compte des leurs (Levinson 2001).

⁷⁹ Il a également assuré de 2012 à 2014, à l’EHESS, un séminaire intitulé « Comment parler de sexualité en entretien ? », où des chercheurs et chercheuses venaient présenter l’aspect méthodologique de leurs enquêtes – j’y ai assisté en 2013-2014, dans le cadre de mon master 2.

⁸⁰ J’ai commencé à revenir sur ces questions dans un article intitulé « Faire parler les silences. Mener et analyser un entretien biographique sur la sexualité », dans le collectif *Les sciences sociales face au foisonnement biographique. Produire, recueillir et analyser les discours sur soi* (Thomé 2020).

indiquer sur le rapport à la sexualité des personnes interrogées. Enfin, il est nécessaire d'interroger le passage du « récit initial » au « récit secondaire », pour analyser dans une perspective plus diachronique ce que montrent les évolutions du discours sur la sexualité au cours de l'entretien.

2.2.1 Qu'est-ce qu'un entretien sociologique sur la sexualité ?

Parler de sa sexualité de manière détaillée avec une personne inconnue n'est pas un exercice commun. Certes, selon Michel Foucault nous sommes désormais soumis à « une multiplicité de discours [sur le sexe] produits par toute une série d'appareillages fonctionnant dans des institutions différentes [...] qui ont pris forme dans la démographie, la biologie, la médecine, la psychiatrie, la psychologie, la morale, la pédagogie, la critique politique » (Foucault 1976, p. 46), il n'en reste pas moins que la production, dans un cadre formel, d'un discours sur sa propre sexualité demeure un enjeu pour la majorité des enquêté·e·s. Même si certain·e·s avaient déjà répondu à des questionnaires en ligne, participer à un entretien sociologique était une première pour toutes les personnes interrogées. L'idée d'une interaction à sens unique, le plus souvent en face-à-face, dont le sujet principal serait la sexualité (et le préservatif ou la contraception) était donc assez intrigante. Et c'est d'autant plus le cas que les mots de la sexualité peuvent manquer.

Les référentiels concernant la discussion autour de la sexualité sont limités, et les enquêté·e·s ne se sont pas toutes et tous appuyé·e·s sur les mêmes. Les occasions où l'on parle de sa propre sexualité sont en fait assez rares (Déroff 2007b, p. 84), et ce d'autant plus pour celles et ceux qui sont engagé·e·s dans des relations de couple, surtout lorsqu'ils et elles adhèrent au modèle de la « sexualité conjugale » (Bozon 2001a). Pour certain·e·s enquêté·e·s, l'entretien a été la première occasion de parler de sexualité « aussi crument, ou intimement », en dépassant les « blagues de potaches » (Fabrice⁸¹). Celui ou celle avec qui la majorité des personnes interrogées a l'habitude de parler de sexualité est le ou la conjoint·e. Cependant, ce n'est pas le cas de tou·te·s : ainsi Maeva⁸² souligne qu'elle ne « parle pas trop » de sexualité avec son partenaire (« On la fait mais on n'en parle pas ! (rire) ») et Olivier⁸³ que l'exercice n'est « pas évident » car on « parle de choses dont on ne parle même pas avec celles avec qui on les fait ». Avec la sociologue il faut (se) raconter, et non juste discuter comme cela peut être le cas avec une autre personne impliquée dans la situation.

Ce thème peut également être abordé avec des ami·e·s, dans le cadre de relations de confiance, mais sans que cela soit souvent de manière très détaillée. Généralement, « une distance protectrice [est préservée] par le recours à la plaisanterie » : seules certaines choses sont dites, et plutôt concernant les relations passées que les actuelles (Bidart 1997, p. 43). Or, il s'agissait bien ici de parler de soi, et en

⁸¹ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

⁸² Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

⁸³ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

particulier – à part pour les enquêtées les plus âgées, de sa sexualité actuelle. Si parmi les enquêté·e·s les plus jeunes, et en particulier celles et ceux qui ne sont pas en couple stable, la confiance sur la sexualité semble répandue, c'est rarement de manière aussi précise que ce que requiert l'entretien. Par ailleurs, *parler* de sexualité sans avoir d'*échange* avec l'interlocutrice a pu poser problème à certaines enquêtées. Chez deux des enquêtées les plus âgées, la fin de l'entretien a suscité des demandes de « contre-don », comme si le fait de s'être confiées ne pouvait se penser que dans le cadre connu de la conversation amicale :

Simone⁸⁴ : Mais vous pouvez peut-être me dire, vous êtes mariée, vous êtes pas mariée, vous êtes... Des choses comme ça, très très... Sans rentrer dans les détails, je vais pas vous interroger. Donc... Pour rétablir un petit peu l'équilibre.

Odile⁸⁵ : Bon courage, bon succès, et tous mes vœux pour que tout aille bien ! Vous êtes mariée ? Dites-moi, quand même. Vous êtes mariée ? [...] Vous avez des enfants ? [...] Vous avez quel âge ? Comme je vous ai donné mon âge...

Dans les deux cas, la demande de contrepartie est explicite, et témoigne de la difficulté potentielle de cet exercice à sens unique. Mais ce sont les seuls cas où cela s'est produit, les autres enquêté·e·s semblant se fondre dans l'exercice sans problème, voire avec un véritable plaisir de pouvoir parler d'eux/elles-mêmes de manière approfondie.

Pour certain·e·s, c'est ainsi le rôle même de l'enquêtrice qu'il a parfois été difficile de cerner. C'est le cas de Rémi⁸⁶, alors qu'il s'interroge sur les préservatifs :

Pourquoi on vient mettre des odeurs de fausse fraise, etc. ? Et y'a des filles qui sucent ça, en plus ! Je comprends pas, c'est... Elles font ce qu'elles veulent, mais c'est bizarre quoi. Enfin... Non ? (rires) Enfin je sais pas, tu peux pas me donner ton avis, peut-être, mais...

Mon implication dans l'entretien ne semble pas claire pour l'enquêté, qui cherche à obtenir mon approbation tout en ne sachant pas si je « peux » la lui donner – si le dispositif m'y autorise. Cette incertitude apparaît également lorsque les personnes interrogées s'excusent de répondre trop longuement, ou bien ont peur de répondre « à côté », avec des éléments qui dépasseraient le cadre de l'entretien et ne m'intéresseraient pas, comme Lucile⁸⁷ lorsqu'elle me décrit en détail sa vie sentimentale et ajoute, contrite : « C'est pas le sujet vraiment ». Néanmoins, dans la très large majorité des cas, les personnes interrogées se sont rapidement adaptées au déroulement de l'entretien sociologique.

Certain·e·s enquêté·e·s se sont au contraire saisi·e·s de cette opportunité de parler sexualité avec une personne inconnue et supposée savoir des choses sur le sujet abordé – surtout parmi les plus jeunes

⁸⁴ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

⁸⁵ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

⁸⁶ Travailleur « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁸⁷ Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

et en particulier des hommes, qui ont moins que les femmes d'occasions de le faire. Ainsi Julien⁸⁸, qui me dira à la fin de l'entretien ne pas avoir été gêné car c'est « comme de parler à un médecin », veut savoir si les implants contraceptifs existent ; Romain⁸⁹ craint d'être « mal informé » des modalités de transmission du VIH et ajoute « Faudra me le dire à la fin de l'entretien. » ; Martin⁹⁰ se demande, et me demande, si c'est vraiment « sûr à 100 % » que la pilule ne rend pas stérile ; ou c'est encore Maeva qui me questionne : « Et apparemment on dit aussi que la pilule fait grossir ? ». L'entretien sociologique peut ainsi être rapproché de l'entretien médical (voir de la consultation gynécologique pour les femmes). Il donne alors l'opportunité de poser les questions que l'on n'a pas l'occasion de poser, soit parce que l'on ne parle pas de contraception et de sexualité avec le personnel médical (surtout pour les hommes), soit parce que l'on n'ose pas poser ces questions lors des visites chez le/la médecin. L'hypothèse est particulièrement opérante pour Maeva, qui n'a ni diplôme ni emploi, et dont on peut penser que sa situation sociale la met dans une situation où elle est fortement dominée lors des interactions avec l'institution médicale.

Cette dimension « médicale » de l'entretien se donne également à voir dans la peur d'un jugement de ma part, venant également souvent des plus jeunes :

Sylvain⁹¹ : Il se trouve que pour le moment on fait comme ça [en pratiquant le retrait] et que on vit un peu dangereusement (rires), mais c'est... [...] C'est pas du tout la bonne façon de penser je pense, mais... Parce que, quand on aura un gosse sur les bras bah ça sera...

Julien : Arf euh (petit rire), avec l'Équatorienne putain ça aussi c'est ridicule, enfin on n'avait pas de contraception en fait, et... Enfin ça aussi c'est une connerie hein.

Dans ces deux cas, on voit l'assimilation de la norme qui réprovoque l'utilisation de certaines méthodes ou le fait de ne pas en utiliser du tout. Or, c'est généralement à l'encontre des femmes que s'exerce dans la sphère médicale cette réprobation, qui constitue ainsi en « déviantes » celles qui n'utilisent pas de contraception ou bien un moyen non médical, « présenté comme archaïque et dépassé » (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002, p. 35). Le fait d'avoir une discussion formelle sur ces pratiques, chose inhabituelle pour un homme, peut donc le placer dans une position généralement féminine, dans laquelle se retrouvent en particulier les femmes désirant une IVG (Mathieu et Ruault 2015).

C'est peut-être également le fait d'être moins encouragés à l'expression de leurs émotions et de leur vie intime (Dulong, Guionnet et Neveu 2012), et ce dès l'enfance (Diter 2015), qui pousse plusieurs hommes du corpus à comparer l'entretien à une « séance de psy ». C'est le cas de Fabien⁹² qui pense avoir compris grâce à l'entretien pourquoi il se sentait « plus à l'aise dans le milieu libertin » et conclut

⁸⁸ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

⁸⁹ Étudiant, 20 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

⁹⁰ Étudiant, 21 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

⁹¹ Étudiant, 23 ans, en couple (retrait et préservatifs).

⁹² Créateur de sites internet, 33 ans, célibataire et très actif sexuellement (préservatifs).

en riant « C'était super ! Vous m'avez fait économiser un psy ! » ou de Thomas⁹³ lorsqu'il revient sur ses histoires sentimentales :

En fait moi je pars très très vite dans une histoire, assez rapidement, je suis prêt à tout plaquer, à machin, à habiter avec la meuf, et après ça décroît. Et euh... Si la relation... Je sais pas comment dire... (sourire) J'ai l'impression d'être chez une psy maintenant ! (sourires)

Le fait de réfléchir à son histoire et de devoir en parler semble ainsi relever d'une démarche incongrue pour les hommes. Les quelques femmes qui m'ont fait le même type de remarques n'ont pas exprimé cela de la même manière, à l'instar de Juliette⁹⁴ :

Alors j'avais pas idée que... Que parler de contraception ça parlait, ouais, finalement, de parler de sa vie affective et sexuelle. C'est fou quand même ! Je me disais « Je vais répondre à des questions de contraception, facile ! », en fait pas si facile, et en plus voilà ça demande d'aborder, en fait, toute sa vie affective et sexuelle, donc... C'est pas anodin. Mais c'est chouette, ça fait faire des parallèles, enfin ça me fait réfléchir aussi à des choses auxquelles j'avais pas forcément pensé. Faire des liens en tout cas. Donc c'est chouette ! J'avais pas eu cette opportunité, donc merci !

Cet extrait d'entretien a un double intérêt : on voit d'abord que les « parallèles » que l'entretien a permis à Juliette de faire ne sont pas analysés directement comme un « effet psy », peut-être parce qu'elle a d'autres référentiels en tête. Mais également qu'elle ne faisait pas plus le lien entre contraception et sexualité que ne peuvent le faire les discours médicaux ou de santé publique, d'où une certaine surprise de sa part sur les détails qu'elle a dû me raconter pour me donner un récit clair de ses pratiques contraceptives et sexuelles (dont une relation extraconjugale avec une femme qu'elle a eu quelques années auparavant et qu'elle n'avait pas prévu de mentionner).

S'il ne relève ni de la conversation entre partenaires, ni de la confiance amicale, ni de la consultation médicale, l'entretien peut ainsi avoir sur certain·e·s enquêté·e·s des effets inattendus, qui s'apparentent à une meilleure compréhension d'eux/elles-mêmes et donc aux bénéfices d'un rendez-vous « chez le psy », surtout pour les personnes qui ne sont pas habituées à produire de tels discours. Le fait d'avoir affaire à une inconnue peut alors être considéré comme un atout, ainsi que l'explique Isabelle⁹⁵, qui juge que l'on peut « se livrer » et que c'est donc finalement « facilitant » : « on se connaît pas, on se reverra pas ». Une fois passé le fait qu'il est « étrange de se mettre à nue devant une inconnue sur un sujet aussi intime » (mail de remerciement de Mélanie⁹⁶ reçu le soir de l'entretien, où elle ajoutait que ma « bienveillance a été rapidement rassurante »), l'entretien peut donc donner lieu à un échange vécu de manière positive par les personnes interrogées.

⁹³ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

⁹⁴ Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

⁹⁵ Psychologue, 49 ans, mariée, un amant, deux enfants (DIU hormonal).

⁹⁶ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

L'entretien peut même être l'occasion de confidences inattendues pour elles, cette « mise en danger » témoignant de leur « implication personnelle » (Bozon 1995, p. 41) dans l'enquête. J'ai mentionné le cas de Juliette, mais d'autres enquêté·e·s sont dans la même situation :

Romain [à propos de sa voisine] : Et on s'embrassait aussi. Mais ça faut pas le dire ça, c'est secret ! [car il a une petite amie] [...] C'est, je vais pas mentir, t'es une des... personnes à qui j'en ai parlé, ouais, y'a peu de personnes à qui j'en ai parlé de cette histoire.

Rémi : Ça va paraître bizarre, là... Faut pas me juger, hein. Euh... Je pense que la première fois [qu'il a eu une relation sexuelle] ça s'est fait avec une cousine.

Dans les deux cas, la situation d'enquête et l'anonymat permettent des révélations présentées comme impossibles dans un cadre quotidien – mais l'angoisse liée à la mise en danger demeure et demande à être à nouveau rassurée (« faut pas le dire ça » ; « faut pas me juger »). Cependant, certaines confidences s'avèrent impossibles – peut-être parfois parce qu'en parler à l'enquêtrice serait devoir se l'avouer à soi-même, comme dans le cas d'Odile⁹⁷, qui m'explique avoir eu une IST au moment de sa ménopause :

Alors, à ce moment-là... Oui, mon mari... a... J'ai jamais su comment j'avais attrapé, j'ai attrapé les MST mais j'avais attrapé...

Odile change de sujet, et je n'oserai pas y revenir, de peur que devoir aborder de front une possible infidélité de son mari soit trop douloureux pour elle. Cependant, pour pouvoir amorcer une réflexion sur soi-même ou faire à l'enquêtrice des confidences, il faut d'abord réussir à exprimer ce qui concerne sa sexualité.

2.2.2 Normes de genre et récits des pratiques sexuelles

Il peut être difficile de « parler concrètement de pratiques sexuelles, voire de sa propre pratique sexuelle » (Bozon 1999, p. 40). Cependant, quel que soit le thème annoncé des entretiens (sexualité, préservatif, contraception en général ou mode de contraception spécifique) je n'ai eu qu'extrêmement rarement des réactions de refus ou d'incompréhension face à des questions qui pourtant n'avaient plus rien à voir avec la thématique initiale. En effet, le déroulement de l'entretien aboutissait « naturellement » aux questions les plus intimes. L'entretien débutait par une question ouverte sur la vie sentimentale et contraceptive⁹⁸ : cette question permettait à l'enquêté·e de s'inscrire dans une chronologie et à l'enquêtrice de commencer à se repérer dans celle-ci. Cette question a généralement été bien acceptée, sauf dans les cas où les enquêté·e·s avaient eu très peu de relations sentimentales, cette première interrogation les ramenant d'emblée à ce qui peut être perçu comme une forme d'échec dans un contexte d'injonction à la sexualité (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 561). C'est donc en postulant

⁹⁷ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

⁹⁸ « Pour commencer, pour que je comprenne un peu votre utilisation de la contraception/du préservatif, est-ce que vous pourriez revenir un peu sur votre vie sentimentale, sur les différent·e·s partenaires que vous avez pu avoir ? »

qu'il est possible de reconstituer une chronologie plus large, pouvant servir à éclairer ensuite la sexualité, que l'entretien s'attachait d'abord à clarifier les dimensions relationnelles (les différent·e·s partenaires dont l'enquêté·e se souvient) et médicales (le parcours contraceptif) de la vie sexuelle de l'enquêté·e, avant même d'aborder la sexualité à proprement parler. Par ailleurs, le sexe des enquêté·e·s peut avoir des effets sur la facilité à évoquer tel ou tel aspect de la vie sexuelle et affective. Marie-Laure Déroff a constaté que, dans sa propre enquête, « les hommes ont ainsi plus facilement évoqué et nommé les actes sexuels tandis que la nature de la relation au sein de laquelle prend place l'échange sexuel semble plus aisée à qualifier pour les femmes » (Déroff 2007b, p. 91). Concernant le récit des pratiques, j'ai rencontré pour ma part des difficultés différentes pour les hommes et pour les femmes.

Si la thématique de la sexualité a généralement été anticipée, le fait que les pratiques elles-mêmes soient abordées de manière détaillée a été une surprise pour la majorité des personnes interrogées. Cela a été le cas en particulier pour les hommes, peut-être moins habitués à détailler à ce point leurs pratiques, surtout avec une femme. Qu'il s'agisse de Thomas⁹⁹ qui me demande, après m'avoir décrit les circonstances de sa première relation sexuelle : « Faut que je donne le détail des pratiques et tout ? 'Fin, tout ce qu'on a fait ? » ; de Patrick¹⁰⁰, surpris que je lui demande de « décrire » un rapport qui s'est bien passé (« Alors là... Euh... Décrire... Vous voulez des détails ? (air surpris) ») ; ou encore de Guillaume¹⁰¹, presque tous semblent interloqués en comprenant ce que je leur demande :

Guillaume : Comment ça s'est passé [sa dernière relation sexuelle] ? Vous voulez savoir quoi ?

Enquêtrice : Bah... Comment est-ce que vous avez commencé à faire l'amour, comment est-ce que...

Guillaume : Ahhh !! D'accord, comment, dans les détails et tout ! C'est vrai ? Vous voulez savoir ?!

Il est d'autant plus important de déssexualiser l'interaction (voir *supra*) que les pratiques sont abordées de manière détaillée¹⁰². Lorsque la surprise – et éventuellement la gêne – est passée, il semble alors possible d'aborder les pratiques sexuelles.

La question du contexte de ces pratiques est alors centrale, tant pour les hommes que pour les femmes. Raconter la « dernière fois » est ainsi souvent assez problématique, alors que raconter « une fois où ça s'est bien/mal passé » semble moins dérangeant, car il est possible d'insister sur le contexte (le moment, le lieu, le/la partenaire) pour ne pas avoir à rentrer dans les détails plus directement sexuels. Au contraire, pour la « dernière fois » cela peut sembler plus compliqué, et on m'a souvent répondu

⁹⁹ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

¹⁰⁰ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

¹⁰¹ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

¹⁰² Florian Vörös relate la même expérience avec les enquêtés gays qui lui exposent en détail leur consommation pornographique et leurs fantasmes, d'autant plus lorsqu'il les a contactés via un site de rencontres : avoir déssexualisé, « professionnalisé » l'entretien est indispensable pour désamorcer le caractère « sexuel » de la rencontre (Vörös 2015, p. 177-182).

« Bien ! » suivi d'un rire plus ou moins gêné. Cela m'a finalement amenée, peut-être à tort, à m'autocensurer et à ne plus poser systématiquement cette question qui me mettait dans une position de « voyeuse » difficile à assumer avec certain-e-s enquêté-e-s, alors même que j'ai peu rencontré de moment de gêne au cours des entretiens. C'est en particulier pour certains entretiens par téléphone que cela a été le cas : si permettre les entretiens par téléphone a facilité le recrutement, cela a parfois pu rendre le déroulé de l'entretien plus difficile. En effet, cette interface ralentit la construction d'une relation de confiance, qui passe entre autres par la gestuelle, les mimiques ou encore les regards de connivence. Enfin, cette autocensure a été plus forte avec certaines femmes, avec lesquelles j'avais insisté sur l'aspect « contraception » pour obtenir l'entretien. Je craignais que les enquêtées ne comprennent pas une insistance éventuelle sur la sexualité, même si cela n'a en fait jamais posé problème.

2.2.2.1 *Les mots pour les dire*

Parler des pratiques sexuelles a suscité plus ou moins de difficultés selon les enquêté-e-s. Certaines difficultés sont propres à l'entretien rétrospectif sur la sexualité, avec les enquêtées les plus âgées en particulier. C'est le cas lorsqu'il s'agit de questions portant sur des faits qui n'ont jamais fait l'objet de réflexivité et de discussion, même entre mari et femme, et qui sont considérés comme devant être gardés privés :

Il n'existait pas de langage commun permettant de discuter des questions de sexualité, qui n'avaient même parfois jamais été évoquées dans l'intimité, avec un partenaire ou un autre proche. L'histoire silencieuse que nous dévoilons ici est donc, pour beaucoup, celle d'un monde intérieur, privé et personnel¹⁰³. (Sreter et Fisher 2010, p. 18)

Néanmoins, la majorité de mes enquêtées les plus âgées ayant eu l'occasion d'aborder les questions liées à la sexualité au cours de leur parcours militant, j'ai peu rencontré cet écueil.

Mais même pour celles et ceux, tous âges confondus, disposé-e-s à en faire le récit, la mise en mots peut s'avérer problématique :

Il n'existe pas de termes du langage ordinaire pour nommer les actes physiques de la sexualité. Ceci est en partie lié au caractère récent de l'autonomisation de la sphère de la sexualité par rapport à d'autres sphères de la vie humaine. Les registres sémantiques possibles sont d'une part le registre argotique (« pipe »), évoquant une transgression, voire une spécialité de prostitution, d'autre part le langage technique de la sexologie (fellation). Mais la façon la plus courante et la plus universelle d'évoquer l'activité sexuelle est à travers des termes ordinaires utilisés de manière métaphorique dans le contexte de l'amour physique, et qui permettent de dire sans nommer explicitement. (Bozon 1999, p. 5)

Ainsi, certaines situations ou certaines pratiques ne sont pas désignées par des mots d'usage courant et qui pourraient être spontanément utilisés. Par exemple, les récits de rapports avec des « plans

¹⁰³ “Without a public language to discuss sexual matters, without even having discussed sex in private with a spouse or other intimate, the silent history here uncovered is, for many, that of a private and personal interior world.”

cul » ont pu poser problème car il apparaît difficile de les désigner autrement que par cette expression, pouvant être considérée comme vulgaire (le français n'a pas d'équivalent aussi évident que le « *casual sex* » anglais pour désigner la sexualité sans engagement). Et le dispositif même de l'entretien peut compliquer encore l'évocation de certaines pratiques sexuelles : contrairement à une enquête quantitative, il ne s'agit pas de faire une sélection parmi des catégories déjà formulées, mais bien de les produire soi-même. Avoir à choisir entre un registre « argotique », qui ne correspond pas au cadre de l'entretien, et un registre « technique », qui n'est pas nécessairement maîtrisé, peut alors s'avérer problématique – d'où la nécessité d'avoir recours à des métaphores, ou bien d'adopter un registre plus sentimental (pour lequel les mots sont disponibles) pour ne pas perdre la face devant l'enquêtrice.

Une première conséquence peut être l'impossibilité de mettre en mots. Ainsi Rémi ne connaît pas le terme « liquide pré-séminal » (« Y'a comme on dit le pré... le pré... (petit rire) Comment on dit en français, je sais pas (sourire). »), et Maeva¹⁰⁴ ne parvient pas à prononcer le mot « sperme », qu'elle ne connaît pas ou juge trop vulgaire pour être prononcé :

Maeva : Elle préfère aussi le préservatif. 'Fin... Elle est un peu spéciale aussi ma sœur, parce qu'elle aime pas... 'Fin je pense qu'elle aimerait pas avoir un peu de... 'fin de truc d'homme... en elle quoi.

Enquêtrice : Ah ouais ? Elle trouve ça pas... Elle aime pas trop ?

Maeva : Non, non non. Je pense qu'à mon avis elle doit trouver ça sale à mon avis (rire gêné).

On comprend ici que Maeva a déjà abordé ce sujet avec sa sœur – mais elle ne trouve pas les mots pour en parler avec moi. Les termes considérés comme vulgaires sont d'ailleurs très rarement employés dans l'entretien : ainsi seules deux enquêtées, parmi les plus jeunes (Lucile¹⁰⁵ et Émeline¹⁰⁶), emploient le terme « bite¹⁰⁷ ». De la même manière, seules quelques enquêtées utilisent le mot « pipe » pour évoquer la fellation (et une enquêtée l'utilise, mais seulement au moment où elle me donne un exemple de conversation sur la sexualité qu'elle pourrait avoir avec des ami-e-s). Le terme « capote » est également peu employé, au profit de « préservatif » dans la grande majorité des cas, sauf là encore lorsque les enquêté-e-s « sortent » de l'entretien, par exemple pour rendre compte de dialogues qu'ils et elles ont pu avoir avec des partenaires.

Le cadre de l'entretien amène donc à un contrôle spécifique du vocabulaire, qui s'observe aussi lorsque certain-e-s enquêté-e-s s'excusent de laisser passer une insulte ou un mot considéré comme vulgaire. Ainsi, alors que je lui demande de me décrire sa dernière relation sexuelle, Anthony¹⁰⁸ me répond : « Comment dire en fait, c'est un peu... (rire) Je vais essayer de trouver des mots qui ne soient

¹⁰⁴ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

¹⁰⁵ Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

¹⁰⁶ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

¹⁰⁷ Et encore Émeline ne l'emploie-t-elle pas pour parler de sa propre sexualité, mais pour décrire la scène d'émasculatation de l'adaptation télévisée de *Germinal*, d'Émile Zola, qui a « traumatisé » une adolescente qu'elle garde.

¹⁰⁸ Étudiant, 21 ans, en couple avec un homme (pilule et préservatifs avec les femmes).

pas trop vulgaires » ; Rémi¹⁰⁹ s'excuse, après avoir utilisé le mot « queutard », en me prévenant qu'il va « employer des mots [...] un peu comme [il] parle normalement » ; Patrick¹¹⁰ a peur de me « choquer ». Ce sont presque uniquement les hommes qui s'excusent de changer de registre : le fait de parler de sexualité de façon plus crue pouvant s'apparenter à une sexualisation de la relation, ils veillent à prévenir celle-ci.

La situation d'entretien reste donc formelle et différente d'une conversation entre ami-e-s : le langage est contrôlé d'une manière particulière, comme dans toutes situations sociales, mais ici la situation semble appeler à un certain formalisme. En dehors du vocabulaire technique, ce sont alors des « termes non spécifiques » qui sont employés, ce qui témoigne bien du « caractère non nommable des pratiques sexuelles » (Bozon 1999, p. 5). Mais ces termes eux-mêmes charrient des représentations de genre qui sont présentes dans tous les entretiens. Concernant la pénétration, on trouve ainsi les termes « pénétrer », « finir à l'intérieur » (pour l'éjaculation) ou au contraire « sortir », le partenaire masculin étant toujours sujet du verbe, sauf lorsque la femme « se finit » (en se masturbant) après la pénétration. Cela témoigne de la vision d'une femme passive, dans laquelle on peut rentrer et sortir. De la même manière, l'utilisation du verbe « finir » pour évoquer l'éjaculation masculine montre le primat qui est accordé à celle-ci comme témoignant de la clôture de l'acte sexuel, la femme ne « (se) finissant » que lorsqu'elle est seule : lorsque c'est dans le cadre du coït, elle ne « finit » pas mais « vient ». On peut noter d'ailleurs que, sauf précision, « acte sexuel » ou « faire l'amour » renvoie nécessairement à la pénétration vaginale (voir chapitre 9). Enfin, cette hiérarchie genrée apparaît bien dans l'absence de verbe transitif équivalent à « éjaculer » : comme le soulignait déjà Shere Hite (2000 [1976]), « orgasmer » n'existe pas, les femmes « ont » un orgasme, comme si c'était quelque chose d'extérieur à elles ; et cet orgasme leur est souvent « donné » par leur partenaire (voir également Mozziconacci 2015 pour des remarques sur l'emploi de ce terme). Ainsi, le vocabulaire employé, même lorsqu'il vise à être le plus neutre possible, reste modelé par des normes genrées.

Cette difficulté à parler de sexualité ne s'applique pas à tou-te-s les enquêté-e-s, ou à toutes les situations qu'ils et elles racontent. Comme on aura l'occasion de s'en rendre compte au cours des chapitres suivants, les entretiens ont donné lieu à divers récits détaillés d'actes sexuels¹¹¹. Dans ces récits, qui sont majoritairement le fait d'enquêté-e-s dont le rapport à la sexualité se rapproche du modèle du « réseau sexuel » ou de celui du « désir individuel » (Bozon 2001), on peut noter que c'est généralement le contexte qui rend dicible la sexualité : la mise en scripts ordonnés permet alors d'objectiver la pratique, en ce que ces derniers « sélectionnent les éléments significatifs, découpent l'activité sexuelle en unités discrètes et douées de sens, et relie le sexuel au non-sexuel » (Bozon 1999,

¹⁰⁹ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

¹¹⁰ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

¹¹¹ L'un des plus détaillés est sans doute celui que fait Guillaume : voir annexe F.

p. 7). Quasiment tous les récits contiennent ainsi des éléments de contexte spatiaux (le salon, la chambre, le lit, etc.), circonstanciels (« on regardait la télé », « on rentrait de soirée », etc.) et émotionnels (« on s'était disputés », « on avait très envie », « on était fatigués », etc.). Décrire sa sexualité est donc possible, mais dans des conditions, des contextes et des modalités précises.

2.2.2.2 *Préserver la masculinité : comment « garder la face » en parlant de sexualité*

Si les pratiques peuvent s'avérer difficiles à décrire, comme d'ailleurs les plaisirs et les désirs, c'est également parce qu'elles sont susceptibles de mettre en danger la « face » (Goffman 1974 [1967]) présentée par mes interlocuteurs/trices, et en particulier par les hommes.

Raconter certains actes sexuels peut en effet s'avérer problématique car ils sont considérés comme remettant en cause la masculinité, et le récit peut alors sembler embarrassant, voir humiliant vis-à-vis de l'enquêtrice. Je craignais avant les entretiens que mon appartenance au sexe opposé et la sexualisation potentielle de l'entretien ne soient des obstacles supplémentaires et n'empêchent les hommes d'aborder certaines thématiques aujourd'hui constituées en « problèmes sexuels », comme les troubles de l'érection (Giami 2007 ; Levinson 2008a). Ainsi l'évocation par beaucoup d'hommes de leurs premières relations sexuelles, souvent très courtes, ou de pertes d'érection, peut provoquer de la gêne, parfois masquée par des rires, car ces récits sont susceptibles de remettre en question une part de leur masculinité. Il importe alors de normaliser ces expériences, comme dans ce dialogue avec Laurent¹¹² à propos de son premier rapport sexuel :

Laurent : J'avais eu beaucoup de mal, hein. C'est, mon... (petit rire) Mon premier rapport, pour y arriver, ça a mis plusieurs fois, hein.

Enquêtrice : Ouais, c'est souvent le cas hein...

Laurent : Ah bon ?

Enquêtrice : Ça revient régulièrement dans mes entretiens, ouais.

Laurent : Ah ouais ! Ça je savais pas du tout, d'accord ! C'est très intéressant ! (rire)

J'ai ainsi veillé à rassurer les enquêtés qui semblaient en ressentir le besoin¹¹³. Leur permettre de systématiquement « garder la face » semble avoir contribué à permettre une parole plus libre, même lorsque « les faits exprimés mena[çaient] ou dément[aient] les hypothèses qu'un participant s'aper[cevait] d'avoir émis quant à son identité » (Goffman 1974 [1967], p. 96) – en l'occurrence, quant à sa masculinité. Être une femme m'a d'ailleurs sans doute permis d'être dans une position de réassurance possible de la masculinité qui n'aurait pas pu être celle d'un homme.

¹¹² Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

¹¹³ Celui-ci a parfois été plus explicite, par exemple de la part d'un jeune homme qui m'a envoyé ce message après avoir lu mon annonce sur Doctissimo : « Coucou/Pardon de vous déranger, on n'a pas encore échangé mais j'aimerais avoir l'avis d'une fille/J'ai vu votre adresse mail sur doctissimo/Vous trouvez cela inquiétant d'avoir coucher avec 0 filles à 22ans ? » (mail reçu le 8 mai 2016).

Certains actes sont aussi réputés incompatibles avec la masculinité hétérosexuelle et donc potentiellement humiliants, le soupçon d'être un « pédé » (Clair 2012b) étant toujours présent, comme le montre la suite de l'entretien de Laurent :

Un rapport sexuel qui s'est particulièrement bien passé... Enfin en tout cas qui m'a laissé un bon souvenir, oui, y'en a eu. [...] Bah en fait, les deux ont... ont eu cette chose en commun que... euh... (petit rire) Là c'est un peu gênant ! C'est... y'a eu... Comment dire, les deux m'ont fait un massage prostatique.

Le plaisir anal reste, pour les hommes, associé à l'homosexualité et à une forme subordonnée de masculinité, comme en témoignent les résistances masculines face au toucher rectal (voir Braverman 2017), d'où sans doute la difficulté pour Laurent à avouer que c'est la pratique qu'il préfère, de peur de « perdre la face » face à la jeune femme qui l'interroge.

La difficulté à raconter un épisode spécifique peut également être due aux représentations attachées à certaines pratiques. C'est par exemple le cas de la pénétration anale de la femme par l'homme, que seules 6,4 % des femmes et 15,1 % des hommes âgés de 20 à 24 ans ont pratiqué souvent ou parfois au cours des douze derniers mois (Bozon 2008a, p. 275), comme on peut le voir dans le discours de Julien¹¹⁴ :

Enquêtrice : Et le préservatif tu l'utilises juste, enfin vous l'utilisez juste pour la pénétration... vaginale ?

Julien : Ben pour le coup, enfin... euh... (change de position) Non enfin, c'est surtout avec Florine qu'on fait pas... que ça on va dire, et... bah elle même avant, enfin quand on se servait pas de capotes, elle préférait en mettre une, enfin pour... on va dire par derrière, puisque euh... ... enfin c'est pour elle en fait, enfin elle préfère que je vienne pas vraiment dans elle...

L'impossibilité de nommer l'acte (« par derrière ») ainsi que les mouvements physiques de Julien témoignent de son malaise. Le fait que je sois une femme peut aussi jouer : d'abord par l'absence de sentiment de partage d'une expérience commune (comme me le dit Martin à propos de la difficulté du retrait : « Je sais pas si y'a déjà un mec qui t'a déjà expliqué ça »), ensuite car cela paraît créer une gêne sur ce qui peut être dit ou non entre un homme et une femme, et enfin par peur de faire naître un soupçon d'homosexualité stigmatisant en termes de masculinité (Clair 2012b).

Mais cet embarras vis-à-vis de la masculinité peut aussi être le fait de femmes, qui se sentent diminuées par le manque de « performance » de leur compagnon, comme Marjorie¹¹⁵, qui a mis plus d'une heure à me dire que son compagnon avait des problèmes d'érection et prenait du Cialis¹¹⁶ lorsqu'ils voulaient pratiquer la pénétration vaginale (alors même que nous parlions de contraception et de préservatif depuis le début de l'entretien). La difficulté à raconter cette situation vient bien du lien qui est fait entre masculinité et performances sexuelles. Les hommes n'ont pas forcément envie de concéder des « faiblesses », et les femmes d'avouer celles de leurs compagnons, l'absence de prestige

¹¹⁴ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

¹¹⁵ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

¹¹⁶ Médicament destiné au traitement de la dysfonction érectile chez l'homme adulte.

de celui-ci pouvant rejaillir sur elles et les faire se sentir « diminuées d'être avec un homme diminué » (Bozon 1990, p. 357).

La difficulté d'évocation de certaines pratiques s'observe également dans les variations de discours des enquêté·e·s, au cours du même entretien.

2.3 Du récit initial au récit secondaire, des pratiques aux normes

Dans la réalisation d'un entretien sociologique, la création d'une forme de confiance est centrale et réussir à mettre l'enquêté·e à l'aise primordial. C'est peut-être d'autant plus le cas lorsqu'il s'agit de parler de sa sexualité, dans la mesure où l'idée est répandue que la sexualité révélerait une forme de vérité sur l'individu, « au point de nous vouer à la tâche indéfinie de forcer son secret et d'extorquer à cette ombre les aveux les plus vrais » (Foucault 1976, p. 210). Parler de sa sexualité de manière détaillée reviendrait alors à se mettre « à nu », ce qui n'est possible que dans le cadre d'un échange bienveillant. Au début de l'entretien, cependant, cette bienveillance n'est pas encore assurée : cela donne généralement lieu à des récits succincts et lacunaires, que l'on peut qualifier de « récits initiaux », et sur lesquels il faut ensuite revenir dans le reste de l'entretien.

Il ne s'agit pas de dire que les enquêté·e·s commencent par mentir : si « la question de la qualité des enquêtes et de la “vérité” des réponses est une question méthodologique classique en sociologie » (Mercklé et Octobre 2015, p. 563), elle n'est pas aussi centrale dans l'approche qualitative que dans l'approche quantitative. L'entretien a justement cet avantage de permettre de revenir de manière détaillée sur les déclarations des enquêté·e·s, et l'évolution du discours au cours de l'entretien, d'un récit « initial » à un récit « secondaire » en dit long sur les normes dans lesquelles sont prises les enquêté·e·s. En effet ce n'est pas tant de recueillir « une réalité déjà là, indépendante de sa catégorisation » qu'il s'agit mais bien plutôt de mettre au jour la manière dont la personne interrogée « argumente le sens d'événements dont la reconstitution est incertaine, et qui, de fait, sont reconstruits à travers la mise en catégories » (Demazière 2007, p. 95-96). S'intéresser aux oublis ou aux « mensonges » des enquêté·e·s permet alors non pas d'accéder à une illusoire « vérité », mais bien plutôt de comprendre les modalités de construction du discours sur soi au cours de l'entretien, et de revenir sur les normes sociales qui influent sur celles-ci.

Ces normes se donnent d'abord à voir dans les récits des enquêté·e·s les plus âgé·e·s. En effet, le piège de la reconstitution *a posteriori* n'est jamais loin, qu'elle soit personnelle comme dans le cas de « l'illusion biographique » (Bourdieu 1986) ou bien qu'elle s'appuie sur des représentations collectives. Une bonne illustration de ce deuxième type de reconstitution, qui permet de mettre en perspective la question des « trous de mémoire » au prisme des normes en vigueur, est le cas du préservatif masculin. En effet, la nécessité de son utilisation est généralement circonscrite à celles et

ceux qui sont souvent désigné·e·s – et se désignent – comme appartenant à une « génération sida¹¹⁷ » (au point que certain·e·s des enquêté·e·s les plus jeunes pensent que le préservatif est une invention récente). L'idée qu'il ait pu être utilisé auparavant est donc généralement écartée par les plus âgé·e·s, qui uniformisent ainsi une expérience générationnelle. Or l'entretien biographique permet de remettre en cause cette uniformité de l'expérience, comme le montre le cas d'Évelyne¹¹⁸. Alors que je lui demande, en début d'entretien, s'il lui est déjà arrivé d'utiliser un préservatif lorsqu'elle était plus jeune, elle me répond d'abord catégoriquement par la négative (« Non. Non, jamais. Jamais, jamais, jamais. »), avant de reconnaître que cela a tout de même parfois été le cas (« Ça m'est peut-être arrivé... Si peut-être, si si si, je crois. Euh... Très rarement... »). Un peu plus d'une heure plus tard, celui-ci apparaît cependant comme un élément évident de son premier rapport sexuel (« bien sûr, il [son partenaire] avait des préservatifs sur lui »). S'il semble initialement impensable pour Évelyne d'avoir utilisé le préservatif – qu'elle associe à la sexualité de ses filles âgées de 27 et 30 ans, désignées précisément comme appartenant à la « génération sida » – le récit détaillé de ses pratiques prouve progressivement le contraire (Thomé 2020).

Or, si la mémoire d'Évelyne est ici imprécise¹¹⁹, on peut faire l'hypothèse que ce n'est pas un hasard. En effet, cet oubli semble aller à l'encontre du constat, démontré en comparant des enquêtes rétrospectives et des enquêtes en coupe, que la prévalence globale d'utilisation d'une méthode est toujours surestimée lorsque l'on recueille les données de manière rétrospective (Rossier, Leridon et l'équipe Cocon 2004, p. 463). Mais le fait que qu'Évelyne oublie son utilisation du préservatif plutôt qu'elle ne la surestime est en fait typique de sa génération, car son usage n'est surestimé que par les générations les plus récentes, dans lesquelles il est « socialement valorisé et donc attendu » (*Ibid.*, p. 465). On voit ici un phénomène que Jean Peneff soulignait déjà à propos des souvenirs des ouvriers n'ayant pas bénéficié des congés payés au moment où ceux-ci avaient été mis en place :

Les augmentations de salaire sont magnifiées même par ceux qui ne les ont pas touchées ; les congés payés sont idéalisés par ceux qui n'en ont pas profité. [...] Ils se réapproprient, sur le plan symbolique du souvenir, l'histoire officielle en la vivant individuellement. (Peneff 1990, p. 127)

C'est également à une réécriture générationnelle que l'on assiste – non pas ici à une invention des congés, mais à une disparition du préservatif, quel que soit le type de relation raconté. Le fait que je fasse moi-même partie d'une autre génération, par rapport à laquelle il faut se situer, participe sans doute d'une accentuation de ce phénomène, et le passage du récit initial au récit secondaire met bien en évidence les différentes normes générationnelles.

¹¹⁷ Si plusieurs enquêté·e·s, plus jeunes, se revendiquent de cette « génération sida », c'est plutôt des générations au pluriel qu'il faudrait évoquer, dans la mesure où cela fait désormais 30 ans que l'utilisation du préservatif est encouragée dans le cadre de la lutte contre le VIH.

¹¹⁸ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

¹¹⁹ Phénomène fréquent lorsqu'il faut reconstituer une trajectoire contraceptive, d'autant plus lorsque l'utilisation d'une méthode est éloignée et qu'elle est illégitime (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002).

Par ailleurs, on perçoit facilement, en particulier parmi les femmes, la dimension médicale que peut revêtir l'entretien et la responsabilité qui pèse sur elles en matière de contraception comme de protection (Thomé 2016). Le récit initial des femmes les plus jeunes est généralement relativement conforme à la norme selon laquelle le préservatif doit systématiquement être utilisé dans certains rapports et que tous doivent être protégés en matière de contraception. C'est ce qui permet de présenter une image de soi « respectable » (Skeggs 2015 [1997]). Cependant, le récit secondaire permet de mettre au jour les situations où cela n'est en fait pas le cas. C'est par exemple le cas de Kelly¹²⁰, qui a commencé par me dire qu'elle utilisait le préservatif « tout le temps, au début [des relations], vaut mieux » car « pour éviter les maladies, tout ça, vaut mieux. Y'a pas que les grossesses qu'il faut éviter ». Un peu plus tard dans l'entretien, cependant, elle module ses propos en expliquant qu'en fait « quand on connaît la personne, ça va », avant de revenir sur son partenaire actuel, avec lequel elle n'a pas utilisé de préservatif au début de la relation :

[Avec] mon partenaire non, parce que je le connaissais, en fait mon partenaire actuel je le connaissais déjà, c'était un ami de la famille, et étant donné qu'il a déjà deux enfants, et que il est resté dix ans avec la même femme, je pense que... (petit rire) J'ai pas eu besoin de faire, allez, d'avoir de doutes quoi. Parce que là j'ai pas... Non, je me suis pas protégée. (sourire)

Au fur et à mesure de l'entretien, de la construction d'une relation de confiance et de relances ciblées, Kelly passe progressivement d'un discours conforme aux recommandations de santé publique¹²¹, qui prônent l'utilisation systématique de protections *matérielles*, à un discours où l'on comprend que ses pratiques sont en fait informées par des protections *imaginaires et symboliques*, qui distinguent « l'Autre familier » et « l'Autre étranger », seul le second rendant nécessaire l'utilisation du préservatif (Mendès-Leite 1995). Ainsi, le poids des normes médicales, en particulier, sur les femmes, se donne à voir dans la progression du discours tenu sur les pratiques.

Mais cela peut être également le cas des normes de genre, comme l'illustre particulièrement bien le cas de Laura Li¹²². Celle-ci se souvient à deux reprises au cours de l'entretien de « coups d'un soir » dont elle avait d'abord oublié de me parler lors de son récit initial : « Ahhh ! Mais attend j'en ai oublié un ! » me dit-elle trente minutes après m'avoir détaillé ses différents partenaires puis, quarante minutes plus tard : « Ah mais y'en a un dont j'ai oublié de te parler en fait ! Je l'avais complètement occulté celui-là ! » La réputation féminine étant en jeu dans le nombre de partenaires sexuels, en particulier lorsqu'il s'agit de partenaires occasionnels (Clair 2012b), leur nombre a tendance à être sous-estimé. Cela participe de l'explication du différentiel très important du nombre de partenaires déclarés entre hommes et femmes : en 2016, le nombre moyen de partenaires est de 6,0 pour les femmes

¹²⁰ Étudiante, 25 ans, en couple (pilule).

¹²¹ Le fait de se conformer initialement à un discours sur le préservatif correspondant à la norme est peut-être à mettre en lien avec le fait que Kelly travaille dans le domaine médical (après avoir été coiffeuse, elle est désormais aide-soignante).

¹²² Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

contre 13,9 pour les hommes (Bajos, Rahib et Lydié 2018, p. 3). Dans la mesure où la majorité des enquêté·e·s ont eu uniquement des relations hétérosexuelles, et où le recours à la prostitution est marginal, les chiffres devraient concorder. On doit faire l'hypothèse que les reconstitutions mémorielles du décompte sexuel correspondent bien à une adaptation à des normes de genre qui font que les femmes, sans forcément le faire de manière délibérée ou stratégique, ne comptent « que ceux qui ont compté » (Bajos et Bozon 2012b, p. 23). Ce cas particulier illustre bien comment les normes de genre jouent sur la mémoire.

L'entretien biographique sur la sexualité, parce qu'il prend le temps d'un retour approfondi sur chaque expérience, permet à la fois de diminuer cette distorsion et de mettre au jour le poids du genre dans sa constitution. Les femmes prennent en effet l'habitude de se présenter, lors de leur récit initial, « sans (trop de) sexualité » (Spencer 1999), sous peine de passer pour des « putes » (Clair 2012b) et de remettre en cause l'ordre hétérosexuel : il s'agit là encore pour elles, du moins le temps du récit initial, de « garder la face » dans l'interaction avec l'enquêtrice. Les précisions qu'apporte la suite de l'entretien permettent ensuite de faire resurgir les dimensions de la vie sexuelle oubliées ou passées sous silence et de mettre en évidence que cette occultation n'est pas arbitraire (ce sont des partenaires occasionnels, et non réguliers, qui sont oubliés ou mis de côté dans le récit initial). Symétriquement, les récits initiaux masculins ont souvent tendance à arrondir à la hausse le nombre de relations, certaines disparaissant ensuite lors des récits détaillés qui font suite aux relances. Cela pose alors la question de la précision des relances à effectuer : tout en cherchant à en savoir davantage, il faut en effet veiller à ce que les enquêtés puissent garder la face – et donc éviter de les mettre trop frontalement face à d'éventuelles contradictions.

Ainsi, le passage du récit initial au récit secondaire permet non seulement d'accéder de manière plus détaillée aux pratiques, mais également de mettre au jour les normes qui modèlent le rapport à la contraception, à la protection et à la sexualité des personnes interrogées.

3 Conclusion

Ce n'est pas tant une simple présentation de l'enquête et des difficultés d'un terrain particulier que j'ai cherché à mener ici qu'une réflexion sur les enjeux de la relation d'enquête et sur ce qu'elle permet déjà de montrer l'articulation entre rapports de genre et sexualité.

La description de la mise en place du dispositif d'enquête a permis d'insister sur l'exigence d'anonymat exprimée par de nombreuses personnes interrogées, exigence qui témoigne de la difficulté qu'il peut y avoir à témoigner sur son intimité. L'étude des diverses motivations des enquêté·e·s aboutit à la distinction de quatre types : la volonté de *témoigner*, celle de *rendre service*, celle de *parler de sa sexualité*, et enfin celle de *revendiquer des pratiques « alternatives »*. Ces registres permettent de mieux appréhender les différences entre les entretiens, mais également de comprendre la surreprésentation dans

l'échantillon de certaines catégories sociales, en particulier celles porteuses d'un capital culturel important, pour lesquels l'entretien pouvait prendre sens dans un ou plusieurs des registres identifiés, ainsi que celle de certaines attitudes en matière de sexualité.

L'analyse du déroulé des entretiens permet par ailleurs de mettre en évidence la centralité des normes de genre dans l'entretien sociologique sur la sexualité, aussi bien dans l'interaction que dans le discours produit. Ainsi, c'est le fait que je sois une femme qui semble être la donnée la plus centrale pour comprendre les entretiens, qu'il s'agisse de la création d'une « complicité féminine » qui peut passer par la reconnaissance commune d'une forme de domination masculine, ou de la nécessité de désexualiser la relation pour désamorcer le « script sexuel caché » (Clair 2016b) de l'entretien. Le genre apparaît aussi dans le discours des enquêté·e·s, tant dans les mots et les registres sémantiques choisis que dans leurs tentatives de « préserver la face » – que cette face dépende d'une masculinité associée à certaines performances sexuelles ou, comme le montre la comparaison des récits « initiaux » et « secondaires », d'une féminité responsable, « sans sexualité » (Spencer 1999) et donc respectable (Skeggs 2015 [1997]). Cependant, ces différences genrées sont à analyser au prisme des parcours conjugaux, la prise en compte du rapport à la sexualité s'avérant centrale pour comprendre la facilité plus ou moins grande des enquêté·e·s à aborder le sujet de leur propre sexualité au cours de l'entretien.

Conclusion

Constituer la sexualité contraceptée « ordinaire » en objet d'étude n'est pas chose aisée. D'abord, parce que la majorité des travaux qui interrogent la « banalité sexuelle » contemporaine invisibilisent l'une de ses conditions principales : la diffusion de la contraception médicale. Ensuite, parce que les modalités d'enquête sur le sujet sont complexes, en ce qu'elles ne permettent pas le passage par un « terrain » unique et délimité, mais nécessitent le déploiement d'une enquête sociohistorique faite de tâtonnements et s'appuyant sur des sources diverses. Cela se donne également à voir dans les discours des individus interrogés eux-mêmes, qui souvent dissocient une contraception reléguée du côté du « médical » – et du féminin – et la sexualité, ce qui peut rendre difficile le déroulement des entretiens.

Dans le champ des études sur la contraception, ce sont plutôt les *effets* de la contraception qui sont interrogés et, plus globalement, l'« acceptabilité sexuelle » de cette dernière (Higgins et Smith 2016). Le but des recherches en ce sens, beaucoup plus développées aux États-Unis qu'en France, n'est pas tant de mettre au jour les scripts de la sexualité hétérosexuelle contemporaine que de permettre une amélioration de la couverture et de l'efficacité contraceptive, dans une optique prescriptive. Les travaux français sur la contraception, de leur côté, interrogent en particulier les différences sociales et de genre dans la prescription et l'accès aux différentes méthodes contraceptives disponibles.

La sexualité est quant à elle progressivement devenue un objet légitime des sciences sociales. Cela s'explique en particulier par le contexte de diffusion du VIH des années 1980-1990, qui a entraîné la nécessité de recherches sur les pratiques et comportements sexuels, ainsi que l'ouverture de budgets pour les financer. Néanmoins, faire parler de sexualité continue à ne pas aller de soi, le sujet restant considéré comme personnel – on retrouve là des difficultés qu'éprouvent les chercheurs/ses sur d'autres objets d'études, comme la violence (Boumaza et Campana 2007), la maladie et la précarité (Villani et al. 2014) ou encore l'argent (Herlin-Giret 2018). La sexualité apparaît ainsi comme plus intime, et donc plus difficile à aborder, que ce qui est considéré comme relevant de la santé, comme la contraception. Néanmoins, la rareté de l'opportunité de *parler de sexualité* peut justement constituer une motivation pour participer à l'entretien – les autres tenant dans le désir de *témoigner*, celui de *rendre service*, et enfin celui de *revendiquer des pratiques « alternatives »*.

Enquêter sur la sexualité contraceptée ne peut se faire par ailleurs qu'en tenant compte des rapports de genre. L'articulation entre sexualité et genre est en effet complexe, l'une agissant sur l'autre et *vice versa* (Clair 2013). Mettre le genre au cœur de l'étude de la sexualité est donc indispensable – mais il faut également le mettre au cœur de l'étude de l'entretien sur la sexualité. Celui-ci est en effet largement conditionné par le sexe de l'enquêteur/trice. Dans mon cas, être une femme permettait la production d'une forme de complicité de genre appuyée sur mon hétérosexualité présumée. Elle s'arrimait aussi sur une expérience commune de la médicalisation du corps dans la contraception. Avoir

affaire à une femme permettait également aux hommes, *modulo* une nécessaire déssexualisation de l'entretien, de me renvoyer à une posture d'écoute, voire de *care* féminine. Cela les autorisait ainsi à sortir d'une forme de compétition masculine, ce qui pouvait faciliter le dialogue voire la confiance – même si « garder la face » est resté primordial pour eux dans l'entretien.

Deuxième partie

Genèse de la sexualité contraincée

Introduction

On sentait bien qu'avec la pilule la vie serait bouleversée, tellement libre de son corps que c'en était effrayant. Aussi libre qu'un homme.

Annie Ernaux, *Les années*, 2008, p. 95.

Pour comprendre et dénaturiser la banalité sexuelle contemporaine, il faut d'abord faire sa genèse depuis les années 1960 et l'arrivée de la contraception médicale. Il ne s'agit pas de voir comment celle-ci aurait « dérangé » une forme d'état de nature de la sexualité, auparavant immuable, mais plutôt d'interroger les diverses recompositions de la sexualité concomitantes à la diffusion de la contraception médicale. Il importe également d'examiner la manière dont les rôles genrés évoluent en parallèle. Par ailleurs, la diffusion de la contraception médicale n'est pas le seul élément qui permet de comprendre la sexualité et les rapports de genre contemporains. Ce sont également les conséquences de l'émergence du VIH – en particulier, la généralisation progressive de l'utilisation du préservatif pour la « première fois » ainsi que pour les rapports occasionnels, qui sont à prendre en compte.

Avant de s'intéresser aux pratiques des individus et à leur évolution, le chapitre 3 vise d'abord à faire un état des lieux de la situation en France au début des années 1960. Alors que les connaissances sur la sexualité et la contraception sont encore largement l'apanage des hommes, il s'agit de déterminer « Comment la “peur au ventre” devint un enjeu public ». Pour cela, l'analyse de la manière dont la sexualité est mobilisée dans le débat sur la contraception succède à l'étude du rapport à la sexualité spécifique créé par l'absence de contraception fiable.

Mais la contraception n'est pas née avec la pilule, comme le rappelle le chapitre 4. La France a déjà vécu une « première révolution contraceptive » (Leridon et al. 1987) et, depuis la fin du XVIII^e siècle, la fécondité est en partie contrôlée, en particulier grâce à la pratique du retrait. Dans les années 1950 et 1960, la contraception devient un enjeu d'autant plus important que le bonheur du couple est érigé en valeur cardinale. Or, la possibilité d'avoir des rapports sexuels sans risque de grossesse est centrale pour éviter une frustration susceptible de miner le couple. Est-on alors face à « Une maîtrise masculine pour une harmonie conjugale ? » Si le retrait met bien en jeu la masculinité de l'homme, savoir se maîtriser étant un critère pour juger de celle-ci, les femmes ne sont pour autant pas en reste dans la gestion contraceptive. Par rejet du retrait, face aux hommes qui ne remplissent pas « leur rôle » ou bien parce qu'elles préfèrent maîtriser elles-mêmes leur fécondité, elles testent de nouvelles méthodes (diaphragme, méthode Ogino, etc.) qui, souvent, s'insèrent difficilement dans les scripts sexuels.

Finalement, le chapitre 5 revient sur la période allant des années 1970 aux années 2000, « De la diffusion de la pilule à la banalisation du préservatif », pour dévoiler la mise en place du « modèle contraceptif français » (Bajos et Ferrand 2006) actuel. Il interroge la représentation d'une pilule

« libératrice » de la sexualité féminine, ainsi que celle d'un préservatif dont la diffusion aurait brusquement mis fin à une « parenthèse enchantée » pour les comportements sexuels. Il revient également sur les critiques qui émergent contre la pilule, et montre comment sa diffusion s'est accompagnée d'une responsabilisation des femmes : de *compétence* masculine, valorisable, la contraception est devenue une *charge* féminine.

Chapitre 3. Comment la « peur au ventre » devint un enjeu public

La contraception n'est pas née avec « la pilule », loin s'en faut. Si la question des sources est souvent problématique lorsque l'on s'intéresse à ce sujet (McLaren 1996 [1990], p. 28), il n'en reste pas moins que des tentatives d'éviter toute conception lors d'un acte sexuel pénétratif sont attestées depuis au moins la Grèce antique. Angus McLaren évoque pour cette époque la méthode du retrait et celle de l'abstinence, mais aussi « l'emploi de pessaires obstrueurs, de tampons et de potions » (*Ibid.*, p. 52) – ainsi des « nombreuses recettes de breuvages censés contenir des éléments stérilisants comme l'écorce d'aubépine, les feuilles de lierre, de saule et de peuplier » (*Ibid.*, p. 53). Des méthodes diverses ont ainsi été employées, avec un succès inégal, jusqu'à une période récente (van de Walle 2005 ; Régnier-Loilier 2007, p. 18 et suivantes ; pour le XIX^e siècle voir Brée 2016, p. 105-106).

Une solution efficace et ancienne pour éviter les grossesses est le préservatif externe, ou préservatif masculin (Parisot 1987 ; Fontanel et Wolfromm 2009). Si l'on peut douter de la rumeur qui « attribue à la marquise de Sévigné, parfois à madame de Staël, l'aphorisme assassin : “C'est une cuirasse contre le plaisir, une toile d'araignée contre le danger.” » (Fontanel et Wolfromm 2009, p. 37), son utilisation est régulièrement mentionnée dans la littérature. Casanova relate par exemple un rapport avec une prostituée, en 1760, où l'utilisation d'un préservatif lui a mis « le cœur en paix » (Casanova 2015, p. 498). De son côté, le marquis de Sade évoque dans *La philosophie dans le boudoir* ces femmes qui « obligent leurs fouteurs de se servir d'un petit sac de peau de Venise, vulgairement nommé condom, dans lequel leur semence coule sans risquer d'atteindre le but » (1998 [1795], p. 48). Mais il est difficile de dater précisément l'invention et la commercialisation du préservatif. Selon Alain Corbin, différentes qualités de préservatifs coexistent déjà au début du XIX^e siècle sans qu'il soit possible de connaître leur origine (Corbin 1986, p. 264). Néanmoins, qu'il s'agisse du préservatif ou d'autres stratagèmes, ces méthodes pour éviter d'avoir des enfants semblent soit peu répandues, soit peu efficaces – du moins si l'on en croit les taux de natalité élevés qui persistent en France jusqu'au milieu du XVIII^e siècle (Ariès 1948).

Ce n'est qu'à cette période que va débiter en France une « première révolution contraceptive¹ » (Leridon et al. 1987) – soit bien avant qu'elle ne démarre dans les autres pays occidentaux. Après 1870, en France, aucune génération n'aura plus de 2,7 enfants par femme encore en vie à 50 ans (*Ibid.*, p. 7). On peut s'interroger alors : sur quoi repose cette première généralisation de la régulation des naissances qui débute au XVIII^e siècle ? Quelles sont les « origines de la contraception en France » (Ariès 1953) et

¹ Henri Leridon oppose cette première période à la « seconde révolution contraceptive », qui s'étend de 1950 à 1985 (Leridon et al. 1987) – une « révolution » médicale cette fois-ci, caractérisée par une « infécondité naturelle » (Régnier-Loilier 2007, p. 15), c'est-à-dire une infécondité des rapports sexuels considérée comme naturelle.

pourquoi « les Français ont-ils été les premiers », pour reprendre l'interrogation de Jacques Dupâquier et Jean-Pierre Bardet (1986) ?

Il semble difficile pour les historien-ne-s et les démographes de trouver une réponse satisfaisante à ces questions. Ils et elles achoppent sur la détermination des moyens de limiter des naissances effectivement utilisés en France à l'époque. En effet, « dans une société qui ignore la pilule et le stérilet, ainsi que la stérilisation, il n'y a que cinq moyens de limiter les naissances : la continence, le coït interrompu, les pratiques contraceptives primitives, l'avortement et l'infanticide » (Dupâquier et Bardet 1986, p. 8). Les « pratiques contraceptives primitives » consistent toujours principalement en des méthodes à base d'herbe, des préservatifs (d'abord dans un souci prophylactique, avec les prostituées en particulier), l'utilisation d'éponges ou de tampons vaginaux, de pessaires ou encore de la douche vaginale². Mais c'est le coït interrompu qui semble être le plus répandu. Il est considéré comme « la plus naturelle et la moins dangereuse des méthodes contraceptives » (*Ibid.*, p. 8). Néanmoins, il reste difficile de renseigner avec exactitude la prévalence de chaque méthode et l'évolution de leur utilisation.

Cette question des méthodes est aussi posée par Alain Corbin, non pas pour résoudre l'énigme des méthodes employées pour aboutir à cette « première révolution contraceptive », mais pour comprendre comment faisaient les prostituées au XIX^e siècle pour ne pas avoir d'enfants, alors même que leurs partenaires ne pratiquaient sans doute pas le coït interrompu, « l'une des raisons du succès de la femme vénale résid[ant] dans la désinvolture dont l'homme peut faire preuve à son égard » (Corbin 1986, p. 269). Il est cependant lui aussi largement réduit à des conjectures, inclinant à la fois pour une utilisation limitée du préservatif, de l'avortement et « sous couvert de préservation de la maladie vénérienne, [pour une] chimie anticonceptionnelle à laquelle les pharmaciens contemporains penchent à reconnaître une certaine efficacité » (*Ibid.*, p. 268). Là encore, l'accès à des données fiables pose problème.

Alors que la contraception et sa propagande sont interdites en France par la loi nataliste de 1920 (voir *infra*), la première moitié du XX^e siècle voit l'apparition et le perfectionnement de différentes méthodes, comme les diaphragmes et les capes cervicales (qui restent cependant peu connus en France) ou, plus tard, la méthode Ogino, mise au point dans les années 1920 par le gynécologue japonais Kyusaku Ogino puis perfectionnée par le gynécologue autrichien Hermann Knaus (on la trouve donc parfois sous le nom de méthode Ogino-Knaus). Elle se diffuse, en particulier auprès des couples catholiques (sur le sujet voir Mortas 2019), après son autorisation par le pape Pie XII, en 1951, mais reste très aléatoire ; d'où son surnom de « roulette du Vatican » (Régner-Loilier 2007, p. 31). Au milieu du XX^e siècle, en France, la diffusion des techniques médicales efficaces reste donc limitée, au profit du retrait, et ce malgré l'interdiction de ce dernier par l'Église.

² Qui se développe au XIX^e siècle parallèlement à la généralisation de l'eau courante, et en particulier des bidets (Sohn 1998).

Lorsque le diaphragme et la pilule font timidement leur apparition en France, au début des années 1960, les alternatives en matière de contraception sont limitées. Avant de s'intéresser aux prises en charge genrées des méthodes contraceptives disponibles et à leur interaction avec les scripts sexuels (voir chapitre 4), il faut comprendre le contexte dans lequel émerge le débat sur la contraception, et en particulier sur la légalisation de la contraception médicale. Par ailleurs, la société française est encore très largement catholique : en 1952, 81 % des individus interrogés se déclarent catholiques et 27 % vont régulièrement à la messe ; en 1966, ces chiffres sont de 80 % et 20 %, la pratique commençant à diminuer sans que cela ne soit le cas des croyances (IFOP 2010, p. 8). Le pape représente donc une autorité morale et politique de premier ordre – c'est pourquoi se pose de manière aiguë la question de savoir si le Vatican va autoriser la pilule, interdite jusqu'alors.

Mais comment la sexualité est-elle appréhendée dans ces débats ? Après un état de l'éducation sexuelle et de la « réalité sexuelle » (Droit et Gallien 1974) vécue dans les années 1960, en France, par les hommes et les femmes, il faut analyser les positions en jeu et la place de la sexualité dans les arguments autour de la légalisation de la contraception médicale.

1 Faire l'amour avec « la peur au ventre » : la sexualité dans les années 1960

Comme le souligne une enquête du magazine catholique *Clair Foyer*, ce sont les femmes qui portent « le fardeau des maternités » (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 40). Cependant il est encore rare, au milieu du XX^e siècle, qu'on leur ait appris à essayer d'éviter les grossesses qui, l'une après l'autre, sont susceptibles de venir alourdir ce « fardeau ». Par ailleurs, l'avortement demeure interdit et reste « sévèrement condamné », même si cela n'empêche pas les femmes d'y avoir recours – et parfois d'en mourir (Le Naour et Valenti 2003). La crainte d'une grossesse, à laquelle est souvent résumée la sexualité à cette période (du moins pour les femmes), est donc particulièrement présente dans la vie quotidienne privée des individus. Mais elle va également gagner progressivement une place dans le débat public.

1.1 « Oies blanches » et « blagues de garçons » : le genre des connaissances sur la sexualité et la contraception

Au début du XX^e siècle, l'information sur la sexualité et sur la contraception est très différente pour les hommes et pour les femmes (Rebreyend 2006, p. 202-212). Ces dernières maîtrisent généralement peu les connaissances concernant leur propre corps, celui de leurs partenaires et le déroulement de l'acte sexuel. Ce constat est fait pour l'Angleterre du début du XX^e siècle, où l'on peut distinguer l'existence d'une « culture de l'ignorance sexuelle », particulièrement pour les femmes.

Néanmoins, elles parvenaient tout de même à acquérir quelques connaissances³ – mais, ce faisant, il leur fallait veiller à pouvoir continuer à afficher une « innocence » indispensable à leur respectabilité (Szreter et Fisher 2010, p. 64-74). Cette connaissance genrée s'appuie sur différentes sources.

Les parents sont rarement à l'origine des connaissances des jeunes gens (Revenin 2015, p. 22 et suivantes), mais ils peuvent toutefois veiller à ce que les grossesses non désirées soient évitées (maintenir l'ignorance des enfants constituant ainsi une stratégie contraceptive). Cette préoccupation parentale concerne les jeunes femmes mais aussi parfois les jeunes hommes, comme en témoigne cette anecdote rapportée par Simone de Beauvoir à propos d'une conférence donnée par Jean-Paul Sartre en Suisse, en mai 1946 :

Après [la conférence] il a bu quatre martinis, dîné et passé la soirée au dancing ; bien entendu il ne se rappelait presque rien, sinon qu'il a donné des conseils à une honorable dame de La Chaux-de-Fonds touchant la vie sexuelle de son fils. La dame craignait qu'il ne fit des enfants à quelque créature : « Alors apprenez-lui à se retirer, madame », lui dit Sartre. « En effet, dit-elle, je lui dirai que le conseil vient de vous, ça le frappera davantage. » (Beauvoir 1963 p. 129)

Cette situation cocasse n'est cependant pas représentative, si ce n'est d'une inquiétude qui ne touche pas seulement les protagonistes d'une relation sexuelle mais aussi, potentiellement, leur entourage. Globalement, que ce soit dans le cas de l'Angleterre entre 1920 et 1960 ou de la Suisse des années 1960, les historien-ne-s soulignent toutefois que les hommes ont, beaucoup plus que les femmes, à la fois une curiosité entretenue par leurs pairs concernant le corps et la sexualité (Szreter et Fisher 2010, p. 101-110) et des « occasions de s'échanger des informations sur la contraception » (Rusterholz 2017, p. 373 ; voir également De Luca Barrusse 2016).

Les recherches de Régis Revenin (2015) offrent un premier éclairage sur la sexualité des jeunes hommes, en France, dans les années 1950 et 1960. Il s'appuie en particulier sur les dossiers des jeunes hommes placés au COPES (Centre d'observation public de l'Éducation surveillée) de Savigny-sur-Orge entre 1945 et 1972⁴ et sur ceux des procédures correctionnelles et criminelles à Paris entre 1943 et 1971. Ces sources originales lui permettent de trouver les traces d'une « éducation sexuelle informelle » (*Ibid.*, p. 21-56) des jeunes, qui se fait grâce aux magazines et films pornographiques mais également grâce aux pairs. Elles le conduisent également à mettre en évidence l'importance du coït vaginal en tant que rite de passage pour les garçons, et la difficulté qu'ont les filles à gérer cette « première fois », dans une société où les comportements évoluent plus rapidement que les normes. La charge morale liée à la

³ On peut supposer que la situation sociale et la localisation géographique jouent sur les connaissances. En effet, les femmes interrogées par Frédérique El Amrani-Boisseau sur leur jeunesse dans la campagne angevine entre 1920 et 1950 semblent avoir disposé de « petites bases », voire de « connaissances relativement précises sur la mécanique des corps amoureux et la physiologie de la procréation », peut-être apprises en observant les animaux (El Amrani-Boisseau 2012, p. 325). Cependant, ces informations ne s'acquièrent ni à l'école, ni dans un cadre familial (*Ibid.*).

⁴ Ces dossiers permettent une analyse détaillée des opinions, représentations et pratiques de ces jeunes hommes en matière de relations intimes et montrent, comme le souligne Revenin lui-même, que les réticences des historien-ne-s à utiliser des sources portant sur les jeunes « qui vont mal » gagnent à être dépassées.

première relation sexuelle est en effet particulièrement forte pour les filles qui, si elles n'attendent plus forcément le mariage, doivent être des « filles amoureuses » (Rebreyend 2010c) pour faire l'amour sans être considérées comme des « filles faciles ». La question se pose différemment du côté des garçons, pour qui la perte du pucelage est symboliquement plus importante pour devenir un homme (Revenin 2015, p. 231).

L'ignorance féminine à l'égard de la sexualité recule progressivement au fil des années, même si en France une « information sur les questions de la procréation⁵ » ne fait son entrée dans les programmes de biologie et de préparation à la vie familiale et sociale qu'en 1973, avec la « circulaire Fontanet » (Le Mat 2018, p. 103-106). Chez les femmes que j'ai interrogées, adolescentes au cours des années 1950 et 1960, l'ignorance semble bien avoir été majoritaire, tant concernant la sexualité que la contraception mais aussi, tout simplement, le fonctionnement du corps féminin. En effet, si des moyens d'en savoir plus existaient, ils n'étaient pas aisément accessibles⁶. La création de l'association Maternité heureuse en 1956, qui devient en 1960 le Mouvement français pour le planning familial, va largement contribuer à diffuser l'information sur le sujet (Pavard 2012). Simone⁷ se remémore ainsi sa découverte de l'existence de la contraception :

C'était juste moi toute seule, je me souviens pas d'en avoir discuté avec des amis. Et puis y'avait un livre sur la contraception. Fait par le Planning familial. Alors. Je vivais encore chez mes parents. Que j'ai quittés à 19 ans, je crois. [...] C'était un tout petit appartement, et je voulais pas qu'ils voient que j'ai ce livre-là. Donc je l'ai couvert. De papier kraft. Je l'ai couvert de papier kraft, je m'en souviens toujours, parce que je voulais pas que ma mère... Donc j'ai appris qu'il y avait la contraception, comme ça. Qui existait.

Cependant, ce savoir abstrait peut demeurer difficile à appliquer lorsque son propre corps est mal connu, comme c'est souvent le cas. Simone, par exemple, ne connaissait pas l'existence des règles avant d'avoir les siennes :

Quand j'ai eu moi mes... mes règles, bah je savais pas non plus, je les ai eues relativement tôt à l'époque, douze ans et demi, et un matin, ma mère me dit : « Mais tu sais... regarde, là », et elle me montre mon slip, ma culotte qui est rouge... Qui est sale, qui est sale. Et je savais pas ce que c'était. Elle me dit « Ah bon, tu sais pas ? », alors elle était très emmerdée, ma mère (petit rire). Parce que elle avait espéré, finalement, que j'aurais fini quand même par apprendre des choses avec les... (rire) avec les copines (rire), et donc du coup c'est elle qui a été obligée de me dire « Bah voilà, quoi, maintenant tu es grande, alors il faut que tu fasses attention avec les garçons... les hommes, ça va ensemble » (rire). N'est-ce pas ? Alors je me sentais vraiment bête, comme ça.

⁵ Il faut encore distinguer cette « information » – scientifique – d'une « éducation » – morale – à la sexualité, cette dernière restant réservée jusqu'en 1996 aux familles, qui peuvent décider de faire appel à des associations pour intervenir dans les écoles (Le Mat 2018, p. 143).

⁶ Quelques manuels décrivaient les *Moyens d'éviter la grossesse*, comme celui écrit en 1908, sous le pseudonyme de Georges Hardy, par l'instituteur néomalthusien Gabriel Giroud (Thébaud 1991, p. 290).

⁷ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

Aucun véritable geste de transmission maternelle d'un quelconque savoir sur le corps féminin ici, mais la construction d'un rapport inquiet aux « garçons ». Il n'y a pas éducation à la sexualité mais inculcation de la peur d'une grossesse non désirée. On distingue une gêne parentale à parler du corps, surtout dans ce qui est sa fonction potentiellement reproductrice. Les règles sont ainsi associées à la nécessité de « faire attention avec les garçons », sans explicitation plus claire quant à leur mécanisme ou leur rapport avec « les garçons ». En 1966, Catherine Valabrègue souligne par ailleurs que pour beaucoup de femmes, « il leur a été interdit dans l'enfance de toucher à certaines régions de leur corps » (1966, p. 77). Ce manque de familiarité avec son corps, et de connaissances de son fonctionnement, explique que beaucoup de femmes commencent leur vie sexuelle démunies, comme des « oies blanches » (Simone), « très naïves » (Brigitte⁸).

Cette méconnaissance du corps féminin se double d'une ignorance du corps masculin. Simone se souvient avoir été très étonnée, à l'occasion de sa première relation sexuelle, par le sexe de son partenaire : « il était très excité, donc il avait le pénis très boursoufflé, enfin très... très rouge. Très moche ». La vue d'un pénis en érection est déconcertante, de même que le fait que son partenaire lui dise avoir « vraiment mal » et lui demande de le caresser : « j'ai été très étonnée, parce que moi dans ma tête c'était la femme qui était fragile et pas l'homme, et là d'un seul coup j'avais un homme qui était fragile devant moi ». Si certaines femmes ont eu l'occasion de voir des pénis auparavant, par exemple parce qu'elles avaient des frères, la découverte du sexe masculin en érection ne correspond pas forcément à leurs attentes et à ce que ces jeunes filles avaient pu imaginer. Simone ajoute d'ailleurs que même après ses premières relations, il a longtemps été difficile pour elle de comprendre les « blagues des garçons » autour d'elle, par exemple concernant la masturbation (alors que, faisant études scientifiques, elle fréquentait beaucoup d'hommes).

Mais c'est principalement la relation sexuelle elle-même qui est source de surprise. Si ce n'est dans certains milieux plus libres, il reste en effet difficile de s'informer précisément sur la sexualité sous peine de passer, comme le souligne Paulette⁹, pour une « moins que rien ». Le fait de saigner lors du premier rapport peut ainsi constituer une surprise, comme le raconte Paulette ou encore ici Brigitte¹⁰, évoquant son premier rapport sexuel à 17 ans :

Je ne savais même pas que j'allais saigner, c'est pour vous dire tout de même, que je savais pas... (rire) Pas grand-chose ! Donc j'ai été étonnée par tant de sang dans le lit, et je me suis dit « Tiens, mes règles sont arrivées ! »

Cette ignorance de ce qui concerne la sexualité va logiquement de pair avec une méconnaissance de la contraception. D'après les entretiens, les jeunes hommes semblent généralement avoir su qu'il fallait se retirer mais, du côté des jeunes femmes, aucune méthode ou presque n'est connue pour éviter

⁸ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

⁹ Cuisinière retraitée, 84 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

¹⁰ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

les grossesses. Si Monique¹¹, dont le petit ami se retirait, avait une idée « assez vague » du fait qu'il existait des moments où elle était plus ou moins féconde, elle a néanmoins été enceinte à 17 ans, au bout de deux mois de rapports sexuels (et a avorté clandestinement). Ainsi, en début de vie sexuelle, et à une période où la contraception médicale demeure interdite, l'information concernant la contraception est principalement masculine. Cette situation laisse les femmes tributaires de leurs partenaires et, donc, de la crainte d'une grossesse non désirée.

1.2 D'un problème privé...

Lorsque l'on s'intéresse à la sexualité avant l'arrivée de la contraception médicale, c'est souvent la « peur au ventre » ressentie par les femmes qui émerge des témoignages comme des textes (Thébaud 1991). Celle-ci est présente non seulement avant le mariage, mais aussi dans le cadre de la sexualité maritale où la peur d'avoir trop d'enfants se substitue à celle de devenir « fille-mère » (Rebreyend 2006, p. 566-568). Dans les deux cas, on retrouve une angoisse de la conception qui semble inextricablement liée à la sexualité. Or cette peur a des effets directs sur le plaisir que peuvent prendre les femmes – mais également les hommes – au cours des relations sexuelles. C'est par exemple le cas pour Huguette Morière, qui dans le récit qu'elle fait de sa vie raconte comment, au milieu des années 1940, à 26 ans, après trois enfants et plusieurs avortements, elle perd tout intérêt pour la sexualité de peur d'une nouvelle grossesse :

Je prétextais souvent un travail à terminer pour retarder le moment d'aller rejoindre mon mari, dans notre grand lit. Rassurée, lorsque je percevais sa respiration régulière, m'indiquant qu'il dormait, je n'allumais pas la lumière, marchais sur la pointe des pieds, faisant bien attention, dans le noir, de ne pas me cogner aux meubles, de ne pas faire le moindre bruit. Je me glissais entre les draps, loin, le plus loin possible de lui, au risque de tomber, tellement j'étais au bord du lit et j'essayais de m'endormir aussitôt, mais, souvent il percevait ma présence dans son sommeil et, au bout de quelques instants, je sentais son bras qui m'attirait vers lui sa bouche qui cherchait la mienne.

Certes, je l'aimais toujours, mais plus jamais, dans ses bras, je ne retrouvais l'abandon heureux de nos premières amours.

Plus rien ne répondait chez moi à ses sollicitations tendres. (Morière 1979, p. 71-73)

Si Huguette Morière a bien ressenti du plaisir (un « abandon heureux ») dans les débuts de sa relation avec son mari, sa crainte d'être à nouveau enceinte la pousse à mettre au point des stratagèmes pour éviter d'avoir des rapports sexuels avec lui – les refuser explicitement ne semblant pas possible.

Par ailleurs, lorsque le plaisir est évoqué, c'est souvent déjà la simple satisfaction sexuelle qui fait défaut, plutôt que l'orgasme lui-même, qui ne devient l'« étalon » de la sexualité qu'à partir de la fin des années 1960 (Béjin et Pollak 1977, p. 111 ; voir également Cardon 2003 sur la naissance du « devoir d'orgasme »). La plupart du temps, la peur empêche en effet tout plaisir car elle est trop forte

¹¹ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

pour que les femmes puissent le ressentir. Les témoignages de cette crainte de la grossesse sont nombreux, aussi bien à l'époque qu'*a posteriori* :

J'ai vingt-cinq ans, mariée très jeune, j'ai cinq enfants en sept ans de mariage. Pour moi l'amour, le vrai, c'est du passé, car il m'arrive de détester mon mari, le rendant responsable de mes grossesses suivies. Les rapports conjugaux, ne m'en parlez pas, c'est une épreuve pour moi ; lorsqu'il faut que je me donne à mon mari, l'idée d'avoir un autre enfant suffit pour m'enlever tout plaisir. Donc je les évite tant que je peux, mais allez dire à un homme de s'en priver longtemps, non ce n'est pas possible, pas le mien toujours ! [...] Si je vous disais que, chaque fois que je vais me coucher, je me dis : si mon mari pouvait dormir, comme je serais heureuse ; ce serait une nuit de gagnée et peut-être une grossesse évitée. (Lettre envoyée à *Clair Foyer*, Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 56)

Chaque mois, j'ai eu des peurs atroces, cependant, durant cinq ou six jours. Lui me disait toujours qu'il ne pouvait rien arriver parce qu'il savait comment faire. (Simone, 80 ans, à propos de son premier partenaire, un homme de 30 ans quand elle en avait 16 ; citée dans Barbey et Allaman 1997, p. 16)

J'ai attendu le mariage, oui. Mais... après, bien sûr, j'avais peur. Comme tout le monde. Tous les mois, c'était pas... Tous les mois, si je les [ses règles] voyais pas, je prenais peur ! (Paulette¹²)

Comme dans le récit d'Huguette Morière, le champ lexical utilisé par ces femmes est bien celui de la crainte, voire de la terreur : avoir des rapports sexuels devient une « épreuve », qui provoque des « peurs atroces », et une nuit sans rapport est « une nuit de gagnée ». Guilaine Enoc, militante du MLAC¹³ interrogée par Lucile Ruault, se remémore de son côté le fait que « certaines [femmes] disaient qu'elles passaient à la casserole le vendredi soir » (Ruault 2016b, p. 149). La peur est continue, à la fois le soir au moment du coucher mais aussi « tous les mois », lorsque les femmes guettent l'arrivée de leurs règles. Cette crainte d'une grossesse non désirée peut ainsi dissuader les couples – ou en tout cas les femmes – d'avoir des rapports sexuels. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de désir de la part des femmes, mais bien plutôt qu'il est mis de côté face à la peur de la grossesse, comme le regrette un homme interrogé au début des années 1970 :

J'ai essayé de lui donner du plaisir, avec des caresses, avant le rapport. Mais dès qu'elle voyait arriver la petite bête, elle avait peur. C'était toujours la même phrase : « Je vais me retrouver enceinte ». (Bernard B., 42 ans, agent EDF, marié depuis 22 ans, cinq enfants, cité dans Droit et Gallien, 1974, p. 35)

La peur de la grossesse prend alors le pas sur le désir d'avoir des relations sexuelles. Mais ce désir peut également finir par disparaître (ou ne jamais apparaître), comme en témoigne au début des années 1970 la femme de l'homme cité ci-dessus :

Une femme qui est enceinte chaque année, elle n'a pas le désir, elle n'a pas le désir d'avoir des rapports, elle n'a qu'une crainte, elle n'a que la crainte d'être enceinte.

¹² Cuisinière retraitée, 84 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

¹³ Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception, créé en 1973 (sur le sujet voir Zancarini-Fournel 2003).

Donc, avec mon mari je n'avais pas une vie sexuelle normale parce que je souffrais tout le temps et j'appréhendais chaque rapport. Et je prenais aucun plaisir à cette chose-là. Aucun plaisir. (Huguette B., 42 ans, mariée depuis 22 ans, cinq enfants, citée dans Droit et Gallien, 1974, p. 36)

La « crainte », la « frousse » empêchent donc le désir, sans doute en partie car elles rendent impossible le fait de pouvoir prendre du plaisir pendant les rapports sexuels (alors même qu'il pouvait y en avoir à l'origine). Comme le déplore Simone de Beauvoir, « amant ou mari, si [la femme] n'a pas dans son partenaire une confiance absolue, son érotisme sera paralysé par la prudence » (Beauvoir 1976, p. 166)¹⁴. C'est sans doute d'autant plus le cas dans les milieux qui n'ont pas la possibilité de recourir à un avortement sûr (à l'étranger) en cas de grossesse non désirée, comme le souligne également Huguette B. dans la suite de son entretien :

Les gens qui ont de l'argent, évidemment, ils vont certainement en Suisse ou en Angleterre quand ils veulent pas avoir d'enfant. Mais nous les ouvriers, on avait le droit à rien sinon d'être enceintes tous les ans et d'élever nos gosses le plus honorablement possible. Mais la vie sexuelle, je ne sais pas si dans le fond une femme d'ouvrier y avait le droit. Si elle savait pas se débrouiller pour les faire sauter, tant pis pour elle. (Huguette B., 42 ans, mariée depuis 22 ans, cinq enfants, citée dans Droit et Gallien 1974, p. 37)

Ne pas avoir de solution de secours en cas de grossesse revient ainsi à « ne pas avoir le droit » à une vie sexuelle. On remarque effectivement une nette différence entre ce discours et la sexualité des six femmes, sur les sept que j'ai interrogées, qui sont issues de milieux pourvus en capital tant culturel qu'économique. Toutes ont eu des relations avant le mariage et, dans les quatre cas où des grossesses se sont déclarées, les avortements ont eu lieu en Suisse (pour Odile¹⁵, qui est suisse, mais aussi pour Thérèse¹⁶ et Brigitte¹⁷ – cette dernière n'obtiendra pas l'autorisation en Suisse et avortera finalement clandestinement en Italie) ou bien dans le cadre familial, grâce à un père médecin (Monique¹⁸). La peur est donc informée par l'appartenance sociale, en ce que celle-ci rend la possibilité d'une solution de « rattrapage » sûre plus ou moins envisageable. Cette peur, que la confiance dans son partenaire suffit rarement à effacer, se retrouve dans les lettres reçues par le Planning familial de Grenoble au début des années 1960 et analysées par Caroline More :

De nombreux correspondants abordent la dimension psychologique des conséquences de l'absence de contraception fiable. Cent trente-six, c'est-à-dire 14 % du total et 40,5 % de ceux qui se justifient [d'écrire un courrier], évoquent des problèmes d'angoisse ou de dépression, tandis que quarante signalent des problèmes sexuels,

¹⁴ On peut d'ailleurs noter que l'on retrouve ici un registre qui est aujourd'hui encore mobilisé, mais dans une perspective différente : celui de la confiance, qui est désormais celle que l'on porte à son ou sa partenaire lorsque l'on accepte d'avoir des rapports sans avoir de preuves de son statut sérologique (voir par exemple Bernard 2010 ; voir *infra*).

¹⁵ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

¹⁶ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

¹⁷ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

¹⁸ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

directs pour les femmes (frigidité ou refus des rapports sexuels) et indirects pour les hommes (frustration liée à l'attitude de leur femme). (More 2004, p. 85)

Il est ainsi important de noter que les femmes ne sont pas les seules victimes de la peur d'une grossesse, même si celle-ci est souvent analysée uniquement à partir d'un point de vue féminin : Caroline More souligne que les hommes aussi évoquent régulièrement le problème de la contraception. Si l'influence sur la sexualité masculine n'est pas aussi directe et ne semble généralement pas conduire à vouloir éviter les rapports sexuels, la frustration qu'elle implique est aussi à prendre en compte.

La crainte d'une grossesse a une incidence très forte sur la vie sexuelle des couples. C'est ce que remarque le docteur Georges Valensi dans l'ouvrage de la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé auquel il collabore : « Il est déplorable de constater combien la crainte d'une conception absolument indésirée peut empêcher de s'épanouir certains couples parfaitement doués pour la vie sexuelle. » (Lagroua Weill-Hallé 1966, p. 127). Avant le développement de méthodes contraceptives efficaces, et avant la légalisation de l'avortement, on peut donc dire qu'« en règle générale, les femmes sont perturbées parce qu'elles ont peur de tomber enceintes et les hommes parce qu'ils ne peuvent avoir de relations sexuelles satisfaisantes et fréquentes » (Rebreyend 2008c, p. 218). Mais, à une époque où le discours sur la sexualité demeure rare et largement privé, quels échos ces craintes et ces insatisfactions peuvent-elles avoir dans le débat public ?

1.3 ... à des questionnements publics

Les années 1960 voient l'apparition de contraceptifs médicaux modernes, comme le DIU mais surtout la pilule, qui vont bouleverser la situation en place. Même si leur diffusion est lente – la pilule ne sera autorisée qu'à la fin de l'année 1967 –, leur simple existence va accélérer une discussion et des prises de position autour du « contrôle des naissances ».

Il faut souligner d'abord que cet enjeu de maîtrise de la fécondité s'articule à la question du risque de dénatalité mise en avant par les démographes (De Luca Barrusse 2018). Les militant-e-s en faveur ou en défaveur de la libéralisation de la contraception se saisissent des arguments portant sur la possible diminution des naissances liée à une contraception efficace – ou sont contraint-e-s d'y réagir. Les opposant-e-s à la contraception agitent ainsi la menace de diminution de la population française, alors que la remontée des taux de natalité demeure « fragile » (*Ibid.*, p. 17), mais aussi celle du risque d'une baisse de la « qualité » de la population (les milieux les plus aisés étant les plus susceptibles de recourir aux nouvelles techniques contraceptives). En réponse à ces arguments, les promoteurs/trices de la contraception (en particulier au sein de l'association Maternité heureuse puis du Planning familial) sont d'abord contraint-e-s de faire ostensiblement montre de « leur adhésion à une valeur consensuelle : la préférence pour un niveau de natalité qui assure la croissance de la population » (*Ibid.*, p. 19). Les militant-e-s du Planning familial cherchent ensuite progressivement à orienter le débat, mettant également en avant la « qualité » de la population plutôt que sa seule quantité, mais l'identifiant pour leur part à son bien-être, en particulier familial, plutôt qu'à son niveau social (*Ibid.*, p. 26). Ces

discussions s'appuyant sur des arguments démographiques ne doivent cependant pas faire oublier la place qu'occupe la sexualité dans la controverse qui entoure la possible libéralisation de la contraception.

La controverse se donne par exemple à voir dans les débats qui ont lieu à la radio ou à la télévision, comme lors de l'émission « Faire face » du 13 octobre 1960. La sociologue Andrée Michel analyse dans *Les Temps Modernes* les questions envoyées par les téléspectateurs/trices à cette occasion (Michel 1961). Si l'émission, où seuls des hommes sont appelés à débattre, commence par associer la question à celle de la démographie (avec la diffusion d'un court métrage sur « les méfaits engendrés par la surpopulation » dans le monde), seules 10 % des 295 questions reçues par téléphone portent sur cette problématique. 35 % visent de leur côté à rendre compte d'une désapprobation de la loi de 1920, qui pénalise l'utilisation et la promotion de la contraception, et surtout 42 % consistent en des demandes d'information sur le contrôle et la planification des naissances (le reste tient dans des critiques et questions diverses). Andrée Michel indique également que pour les téléspectateurs/trices, « la présence du prêtre apparaît comme insolite sur un problème qui, les questions posées le prouvent, apparaît d'abord au public comme relevant non de la théologie mais de considérations personnelles, familiales, sociales ou sanitaires ». La présence du médecin est à l'inverse valorisée (*Ibid.*, p. 1216). Ce n'est donc pas tant la théologie qui préoccupe les individus que l'accès à la contraception en tant que tel, c'est-à-dire à une solution concrète permettant de ne plus faire l'amour sans risquer une grossesse. Au cours de cette période, l'attitude de la population vis-à-vis du contrôle des naissances ne va d'ailleurs pas cesser d'évoluer en sa faveur :

Une enquête de l'INED, réalisée en mai-juin 1956, montre que partisans et adversaires de la loi de 1920 s'équilibraient encore : les deux camps rassemblaient chacun 43 % des voix. À peine six ans plus tard, en janvier 1962 ; les adversaires de la législation en vigueur étaient devenus largement majoritaires et étaient passés de 43 à 57 %, tandis que les partisans du *statu quo* reculaient de 19 % pour ne plus représenter qu'à peine un quart des suffrages. (Sevegrand 1995, p. 183)

Trois ans plus tard, un sondage dans *Paris-Jour*¹⁹ est analysé par le Planning familial (Texier 1967). Il permet de distinguer différentes motivations pour libéraliser le contrôle des naissances, différentes thématiques pouvant être évoquées par les auteurs/trices : l'intérêt mondial dans 5 % des cas, l'intérêt national dans 11 %, la famille (ressources, logement, densité) dans 39 %, l'intérêt ou le bien-être du couple dans 23 %, de la femme dans 36 %, des enfants dans 34 % et du mari dans (seulement) 2 % des cas, enfin l'intérêt d'autrui dans 6,5 % des cas (Texier 1967, p. 732). Ce sondage met au jour l'importance du couple et de la famille dans les raisons invoquées pour libéraliser la contraception. Ainsi, l'accès à une sexualité sans angoisse apparaît comme un enjeu majeur mais seulement en ce qu'elle est la condition d'un couple heureux et, donc, durable :

¹⁹ Ayant entraîné le retour de 4 252 bulletins-réponses et de 1 154 lettres (dont 1 041 en faveur du contrôle des naissances).

Si nos contemporains souhaitent connaître des rapports sexuels libérés d'inquiétude, ceux-ci loin de représenter la valeur supérieure sont plutôt estimés comme étant une des conditions fondamentales du mariage heureux. Assurer par l'espacement des naissances le bonheur des ménages, ou éviter des drames familiaux tels que le divorce ou la mésentente conjugale, voilà l'idéal visé. Les théologiens catholiques et les moralistes intransigeants qui craignent que le contrôle des naissances ne favorise l'érotisme conjugal peuvent être rassurés. (Texier 1967, p. 740)

La sexualité occupe ainsi une place à part dans les discussions : si elle n'est jamais mentionnée pour elle-même, elle commence à apparaître comme fondement du couple et, donc, de la famille. Ces préoccupations de la population vont être utilisées comme arguments, en particulier par les défenseurs/ses de la pilule qui vont insister sur les méfaits pour le couple de la crainte perpétuelle d'une grossesse, mais surtout sur les dangers de l'avortement en mobilisant d'abord le registre de l'indignation, avant de se tourner vers celui de l'objectivité scientifique (Sanseigne 2009). La question de la sexualité, et surtout de l'harmonie sexuelle conjugale, trouve plutôt sa place dans le premier registre. Parmi les arguments des adversaires comme parmi ceux des promoteurs/trices de la contraception, la sexualité va alors occuper une place importante, qu'il s'agisse d'arguer que la contraception la dénature ou qu'elle permet au contraire son épanouissement.

2 La sexualité dans les débats publics pour l'accès à la contraception

Le premier XX^e siècle est, en France, une période de restriction en matière de contraception. En effet, depuis la loi du 31 juillet 1920 il est particulièrement difficile d'accéder à des méthodes contraceptives autres que le retrait et l'abstinence périodique. Dans un contexte d'après-guerre marqué par un objectif nataliste très fort – il faut « repeupler la France » –, cette loi entérine la défaite des néomalthusiens qui promouvaient depuis plusieurs décennies la régulation des naissances (Accampo 2003). La loi assimile la contraception à l'avortement, qui reste un crime (il deviendra un simple délit en 1923 pour être condamné plus facilement – sans effet notable sur le nombre d'avortements et le taux de natalité). Surtout, elle interdit toute action menée « dans un but de propagande anticonceptionnelle ». Si, du fait de leurs propriétés prophylactiques, les préservatifs masculins ne sont pas interdits (ils sont disponibles en pharmacie), leur publicité reste impossible. Cette loi ne sera cependant que peu appliquée en ce qui concerne les dispositions sur la propagande anticonceptionnelle (Pagès 1971 ; citée dans Sevegrand 1995, p. 46). Il faut souligner également que la France est assez isolée parmi les pays occidentaux. Pendant qu'elle interdit l'usage et la promotion de la contraception, celle-ci commence à se diffuser dans d'autres pays, en particulier anglo-saxons²⁰. Alors que l'utilisation du diaphragme et du préservatif masculin y augmente peu à peu, la pilule arrive en 1960

²⁰ En Grande-Bretagne, c'est Marie Stopes qui la première ouvre un centre d'information à Londres en 1921 (Szreter et Fisher 2010, p. 66 et suivantes), suivie aux États-Unis par Margaret Sanger en 1923 (Durand-Vallot 2012).

sur le marché états-unien. On peut alors s'interroger sur la situation en France : pourquoi la légalisation tarde-t-elle tant, et quels groupes tâchent de la promouvoir ou, au contraire, de l'empêcher ?

Dès les années 1950, des promoteurs et promotrices de ce que l'on appelle encore le *birth control*, en référence aux pays anglo-saxons plus en avance dans le domaine, commencent à se rassembler en France. En 1956 est créée l'association Maternité heureuse, point de départ de ce qui deviendra en 1960 le Mouvement français pour le planning familial ou MFPPF (pour une présentation détaillée du mouvement et de son évolution entre 1956 et 1967, voir Pavard 2012, chap. 1, 2 et 3). En même temps que le Planning familial, la période voit se développer un « contre mouvement », ancré en particulier dans les réseaux catholiques et qui s'oppose fermement à toute libéralisation de la contraception (et *a fortiori* de l'avortement). Le « contrôle des naissances » est ainsi au cœur des débats. Cette traduction française de l'expression anglaise *birth control* permet de parer aux accusations « d'américanisation ». Mais, que ce soit en anglais ou en français, la formule inscrit la contraception « dans la sphère individuelle puisqu'[elle] est associée à la maîtrise de soi, par l'association avec l'expression “self control”. [Elle] est aussi assimilée à la sphère privée du couple par opposition à celle publique des autorités et de l'État. » (Pavard 2012, p. 34-35). L'idée d'un « contrôle » est ainsi investie de manière positive.

L'étude des mobilisations en faveur de la contraception a déjà été menée (Pavard 2012 ; Sanseigne 2019), de même que celle des prises de position des catholiques, laïcs ou clercs, pendant cette période (Sevegrand 1995). Sans revenir en détail sur ces questions, il s'agit néanmoins de comprendre la place de la sexualité dans ces débats. En effet, analyser les pratiques sexuelles et contraceptives privées ne peut se faire qu'en ayant en tête les représentations et débats publics de la période. Ceux-ci se structurent entre, d'une part, des opposant-e-s à la contraception, en particulier des penseurs/ses catholiques qui craignent les répercussions de celle-ci sur la sexualité ; et d'autre part des défenseurs/ses de cette cause, qui utilisent le lien entre sexualité épanouie et harmonie conjugale comme un argument pour soutenir la libéralisation de la contraception.

2.1 *La dignité sexuelle et la folie contraceptive*²¹ : la sexualité dans le discours catholique sur la contraception

La contraception médicale a rapidement posé problème à l'Église catholique : en particulier, la pilule a été remise en cause dès sa diffusion, car son utilisation s'apparente à une forme de stérilisation. Cependant, les catholiques n'ont pas attendu l'apparition de la contraception hormonale pour débattre de la possibilité de gérer la fécondité – et pour réfléchir aux effets sur la sexualité de la « régulation des naissances » (expression préférée à « contrôle des naissances », qui peut sous-entendre l'évitement de celles-ci). En suivant une progression chronologique jusqu'aux années 1960, deux figures majeures du débat catholique émergent autour de la contraception. Ces deux hommes sont des laïcs qui tentent par

²¹ Chauchard 1966.

leurs écrits, avec plus ou moins de bonheur, d'influencer la doctrine de l'Église. Le premier, l'homme d'affaire catholique Paul Chanson, a surtout publié dans les années 1950, pour défendre le *coitus reservatus* comme moyen adéquat de remédier au risque de conception tout en ayant une sexualité épanouie ; le second, le médecin et écrivain Paul Chauchard, a été l'un des fers de lance du combat des années 1960 contre l'autorisation de la pilule contraceptive par le Vatican. Dans les deux cas, il s'agit à la fois de convaincre l'Église elle-même et les fidèles – mais la réception de chacun est différente.

2.1.1 D'Ogino à Chanson : maîtriser ses désirs en conservant ses orgasmes

Au cours des années 1930 apparaissent des méthodes visant à déterminer la période de l'ovulation. Elles se développent progressivement, et ce malgré une efficacité très relative. Il s'agit d'une part de la méthode Ogino, qui consiste à calculer sa date d'ovulation en se basant sur la durée moyenne d'un cycle (estimée à 28 jours), et d'autre part de la méthode des températures, qui nécessite de tenir quotidiennement une courbe de sa température au réveil pour déceler la légère augmentation (quelques dixièmes de degrés) qui accompagne l'ovulation.

Ces techniques peuvent être considérées non pas tant comme des méthodes de contraception que comme des moyens d'espacer les naissances, ce qui les rend plus « respectables » et explique la reconnaissance de la méthode Ogino par le pape en 1951 :

Le 28 novembre 1951, dans un discours au Front de la Famille, Pie XII employait l'expression « régulation des naissances » et l'opposait au « contrôle des naissances » qui restait lié aux pratiques anticonceptionnelles. La régulation des naissances était, au contraire, « compatible avec la loi de Dieu ». Mais on a oublié que cette légitimation de la continence périodique s'accompagnait d'une affirmation du devoir de fécondité. (Sevegrand 1995, p. 84)

Ce qui est nouveau n'est pas tant la possibilité de limiter les naissances (ce que l'abstinence permettait déjà) mais celle « d'user du mariage tout en limitant les naissances » (Sevegrand 1995, p. 85). Par cet « usage du mariage », c'est bien la sexualité que l'on désigne. Le discours de 1951 autorise donc les couples catholiques à envisager un nouveau rapport, décorrélé de la procréation, à celle-ci.

Jusqu'à présent, les alternatives à la continence étaient maigres : elles tenaient dans les « actes vénériens incomplets », à savoir « toutes les caresses, privautés les plus intimes qui sont habituellement le prélude à l'acte sexuel intégral », mais sans que l'éjaculation en dehors du vagin, considérée comme une « pollution », puisse avoir lieu (Sevegrand 1995, p. 114). En effet, « dans l'acte sexuel normal, trois éléments, [...] étaient requis : la pénétration et l'éjaculation dans le vagin, la rétention de la semence dans ce même vagin » (*Ibid.*, p. 117). La question de la délimitation de ces « actes incomplets » pose d'ailleurs la question du statut de l'orgasme féminin (qui, lui, ne « pollue » pas), question pourtant largement éludée par des théologiens qui, lorsqu'ils s'y confrontent, ne parviennent pas à s'accorder sur la réponse. Martine Sevegrand souligne par ailleurs que l'opinion des concernées n'est pas sollicitée par les moralistes, les femmes n'apparaissant que dans le discours des clercs et jamais directement :

Elles sont l'objet d'un désir masculin qu'elles subissent sans être elles-mêmes sujet de désir. Accablées par les maternités, elles semblent n'aspérer qu'à une vie chaste qui les délivrerait de la hantise d'une nouvelle grossesse. (Sevegrand 1995, p. 118)

Ainsi, la théologie catholique participe d'une représentation de la sexualité féminine entièrement pensée autour de la possibilité de la grossesse et où le plaisir est mis au second plan (voire complètement de côté), comme s'il ne pouvait tout simplement pas exister.

Dès le début des années 1950, cependant, des réflexions sur la sexualité (conjugale) s'amorcent dans les milieux catholiques. En 1949 paraît *Art d'aimer et Continence conjugale*, de l'homme d'affaires catholique Paul Chanson (1890-1964). Il ne s'agit pas de revenir en profondeur sur « l'affaire Chanson » (voir Sevegrand, chap. 6 pour un récit détaillé de cet épisode), mais on peut détailler la méthode qu'il préconise pour assurer l'harmonie conjugale. Il faut cependant garder à l'esprit que cette méthode, basée sur le contrôle de soi et qui s'appuie sur des principes de sexualité tantrique, reste une proposition largement théorique, élitiste et dont on ne trouve pas trace dans les témoignages de l'époque ou dans les entretiens.

Afin de remédier aux échecs de la méthode Ogino, c'est en effet « l'étreinte réservée » que conseille Paul Chanson, à savoir l'apprentissage par les hommes de l'acte sexuel *sans aucune éjaculation*. La maîtrise par l'homme de son corps est au centre de cette étreinte, qui repose sur « la technique tantrique en ce qui touche au contrôle du réflexe séminal » (Chanson 1952, p. 155). Il s'agit pour l'homme de parvenir à atteindre la jouissance sans éjaculer, donc tout en respectant les principes de l'Église. Cette forme d'« érotisme catholique », proposant « l'épanouissement charnel dans le mariage chrétien » (Sevegrand 1995, p. 160), est en effet en tout point conforme à la théologie morale traditionnelle, en particulier dans son rejet des méthodes anticonceptionnelles. Cependant, c'est bien l'accession à une sexualité épanouissante qui forme son cœur, ce que Chanson qualifie dans un ouvrage ultérieur (sous-titré : « Réservé aux époux ») d'*Accord charnel* :

L'un des méfaits le plus manifeste et pourtant le moins signalé de la contraception, c'est que la solution de paresse et de facilité détourne les époux des efforts indispensables à la réalisation de l'accord charnel. Ce n'est pas tout. La pratique du retrait frauduleux, l'usage des préservatifs, détraquent le réflexe sexuel, et la fraude ne peut qu'aggraver l'éjaculation prématurée. (Chanson 1952, p. 84)

Le problème central des méthodes contraceptives est ainsi, selon Chanson, qu'elles sont nuisibles à la sexualité conjugale en ce qu'elles sont susceptibles de favoriser l'éjaculation précoce. Par ailleurs, elles représentent une solution « de paresse et de facilité », là où l'atteinte de la félicité sexuelle doit représenter un « effort ». On retrouve ainsi l'idée d'ascèse qui, plutôt qu'abandonnée par Chanson, conditionne en fait selon lui la possibilité d'une sexualité conjugale satisfaisante. Cette réflexion sur les manières pour les couples catholiques d'atteindre une forme d'épanouissement sexuel ne se limite cependant pas à la pratique de « l'étreinte réservée ». Chanson s'intéresse également au plaisir féminin, qui peut passer par les caresses ou par le cunnilingus – réflexion qui peut d'ailleurs se doubler d'une touche sociale inattendue :

Si l'épouse, au contraire, est particulièrement insensible, il se peut que les attouchements digitaux, surtout chez la jeune épouse, restent inefficaces. Au surplus, ceux qui ont la chance d'avoir les mains blanches ne doivent pas oublier qu'ils doivent ce privilège au travail manuel des prolétaires et que ce travail émousse le toucher. Il ne faut donc pas s'offusquer nécessairement du baiser bucco-vaginal, et trop de pharisiens qui en dénoncent l'incongruité feraient mieux de flétrir les ignominies de l'artifice anticonceptionnel dont ils s'accommodent si volontiers – quand ils ne s'en vantent pas – pourvu que l'on ait soin de sauver les apparences.

[Ajout en note de bas de page] Ce sont des travailleurs parfaitement honnêtes et maris exemplaires qui m'ont demandé d'insérer ces lignes, – en leur propre nom et au nom de tous leurs camarades syndiqués. (Chanson 1952, p. 141)

La défense du cunnilingus se fait donc au nom du plaisir féminin... et du prolétariat. Mais il s'agit à nouveau de proposer des solutions pour éviter le recours à tout moyen contraceptif. La réflexion sur la sexualité – et sur le droit à la jouissance des femmes – est donc au cœur des théories développées par Chanson. Elles seront cependant considérées par l'Église catholique, dont le laïc espérait le soutien, comme relevant d'un « hédonisme antichrétien » (Sevegrand 1995, p. 160) et donc rapidement rejetées. Ce n'est qu'avec l'arrivée de « la pilule » que les idées de Chanson apparaîtront à nouveau, comme solution potentielle pour lutter contre cette nouvelle contraception hormonale tout en évitant la crainte d'une grossesse.

2.1.2 Les catholiques face à la contraception médicale : entre rejet et espoirs

Les années 1960 voient se multiplier les réflexions catholiques autour de la contraception et, avec elles, autour de la sexualité. En réaction à la formation du MFPP se développent différentes associations, comme le CLER (Centre de liaison des équipes de recherches), qui se met en place en 1961 pour répondre à l'ouverture du premier centre de Planning familial à Grenoble (voir *infra*), et qui semble d'abord viser simplement à constituer un lien entre différentes équipes de recherche et de réflexion sur la question de la régulation des naissances. Cependant, très vite s'affirme la volonté de mettre également en place des « Centres d'aide aux ménages destinés aux foyers en quête de moyens humains et naturels pour régler le problème des naissances (CAM) », pour leur part à visée éducative et non pas seulement de recherche (*Ibid.*, p. 188). Il faut déterminer la place qu'occupe la sexualité dans cette offensive catholique contre la libéralisation de la contraception. Mais nuancer ladite offensive est tout aussi crucial, les catholiques étant beaucoup plus partagé-e-s quant à la contraception hormonale que ce qui a souvent été retenu.

2.1.2.1 « Perversion de la sexualité » et « esclaves sensuelles²² » : l'opposition à la libéralisation de la contraception

Des raisons théologiques s'opposent à la libéralisation de la contraception hormonale : en effet, celle-ci rend artificiellement les rapports stériles, ce qui n'est pas autorisé dans le cadre du mariage – le seul où la sexualité peut exister, puisque toute sexualité hors mariage est rigoureusement prohibée.

²² Chauchard 1969, p. 122.

Cependant, le terrain de la théologie n'est guère privilégié dans les arguments de celles et ceux qui s'opposent à la contraception : il s'agit plutôt d'appuyer la démonstration sur une conception religieuse de la sexualité et du couple, susceptible d'être plus volontiers entendue par les laïcs catholiques.

Un opposant important à la libéralisation de la contraception est le médecin et écrivain Paul Chauchard (1912-2003). Il a publié plusieurs ouvrages sur la sexualité, la contraception et la maîtrise de soi (*La maîtrise sexuelle*, 1959 ; *Amour et contraception. Pour une sexualité responsable*, 1965 ; *La dignité sexuelle et la folie contraceptive*, 1966 ; *Volonté et sexualité. À propos de l'Encyclique Humanae Vitae*, 1969) mais aussi sur de nombreux autres sujets (près d'un « Que sais-je ? » par an entre les années 1940 et 1960 et plus de 80 ouvrages en tout, sur la mort, les muscles, l'hypnose, le langage et la pensée, la fatigue, etc.). Très présent dans le débat public sur la question de la libéralisation de la contraception, il est ainsi chargé de rédiger les arguments « Contre » face au « Pour » de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé dans le numéro sur « La pilule » de la collection « Pour/Contre » (Chauchard 1967 ; Lagroua Weill-Hallé 1967a).

Les écrits de Chauchard ont la particularité de poser la sexualité au cœur du débat sur la légitimité de l'utilisation par les catholiques de moyens de contraception. Selon lui, « la contraception n'est pas un remède transitoire, mais l'installation dans la dénaturation pendant la majeure partie de la vie sexuelle » (1965, p. 238). Il récuse donc tout mode de contraception, mais assimile plus particulièrement la pilule à « l'amour stérilisé des drogués », suivant le titre d'un chapitre de son ouvrage *La dignité sexuelle et la folie contraceptive* (1966, chap. 2). Le problème le plus important selon lui n'est cependant pas tant les effets directs sur la sexualité que « la perturbation apportée à l'harmonie de l'union » (1965, p. 146). Son argumentation se déploie autour de l'idée de connaissance et de maîtrise de soi : la contraception ne serait qu'un « dépannage », une « béquille pour infirmes » prescrite par un « magicien », le médecin, dont on ne comprend pas la prescription mais dont il faut suivre aveuglément les conseils (1969, p. 121). Selon lui, c'est en dernière analyse refuser l'accès à une sexualité plus épanouie et plus épanouissante :

Dire non à la pilule, comme à tous les artifices de contraception, ce n'est pas refuser la limitation des naissances, ou préférer une autre technique dite naturelle, la méthode des températures ; c'est promouvoir une éducation sexuelle, fondée sur la connaissance et sur la maîtrise de soi, qui rende l'homme et la femme libres devant leur sexualité valorisée, ce qui leur permet de procréer volontairement, dans une communion toujours plus interpersonnelle, non seulement dans l'acte sexuel, mais dans la vie tout entière. (Chauchard 1967, p. 77)

Ainsi la contraception ne libère pas tant la sexualité qu'elle la contraint. En défendant son interdiction, Chauchard se fait paradoxalement le chantre d'une éducation sexuelle (au sein du couple) qui doit permettre d'atteindre une « communion » toujours plus grande dans toutes les sphères de l'existence et, en particulier, une vie familiale plus sereine et plus épanouissante.

Mais pour appuyer encore son propos, c'est à un argumentaire en faveur des femmes qu'il recourt. Adoptant la posture de celui qui est véritablement concerné par le sort de ces dernières, contrairement aux « fausses » féministes²³, il soutient en effet que la contraception fait de la femme une « esclave sensuelle » au détriment de toute responsabilité masculine, une « machine à jouir sans enfanter » (1969, p. 122-123) :

Ce qui vicie au départ les conseils contraceptifs, c'est que, dans un contexte féministe contestable de fausse libération de la femme, il s'agit avant tout de défendre celle-ci en lui apprenant ce qu'elle doit faire. L'accent mis sur diaphragme et pilule montre que rien de gênant ne doit être demandé à l'élément masculin, considéré comme un obsédé du besoin, incapable d'aucun effort. (Chauchard 1965, p. 193)

La vision de la sexualité masculine comme une « pulsion » est remise en cause, mais dans une visée qui n'est pas tant égalitariste que répondant à des normes bourgeoises et catholiques selon lesquelles il importe de savoir se contrôler. C'est bien la maîtrise de soi masculine qui constitue le cœur de son programme. Parallèlement est dénoncé le fait que les femmes soient seules en charge de ces nouvelles méthodes ; mais c'est dans l'unique but d'éviter leur diffusion, et non de promouvoir une autre méthode. Il en est de même pour la remise en cause des « excès médicamenteux » en général, et ceux liés à la pilule en particulier (*Ibid.*, p. 107). On perçoit alors clairement la dimension infantilisante du combat de Chauchard « en faveur » des femmes : « ce “donnez-nous notre pilule quotidienne” est l'équivalent de “laissez-nous nous faire du mal” » (*Ibid.*) écrit-il ainsi. Il faut souligner cependant que Chauchard maîtrise parfaitement les différents rôles qu'il peut mobiliser, et à quel moment le faire. Il peut ainsi arguer de sa qualité de médecin pour défendre ses positions, affirmant par exemple :

Si on me reproche un « dogmatisme » catholique aveugle, je réponds qu'il n'existe aucun dogme concernant la physiologie de l'hypophyse. (Chauchard 1967, p. 4)

Si Chauchard jongle donc entre les rôles, afin que sa latitude argumentative soit aussi étendue que possible, il n'en reste pas moins que la sexualité conjugale conserve une place centrale dans ses écrits. La contraception n'étant pas une solution envisageable, comment faire alors pour parvenir à la parfaite union conjugale, sexuelle mais pas uniquement, à laquelle il aspire ? S'inspirant de Paul Chanson, qu'il qualifie d'« humaniste chrétien », il prône en particulier le coït réservé :

L'union réservée n'est pas un rejet en bloc de l'éjaculation, mais modalité d'union apaisante où on n'atteint pas le seuil ejaculateur qui n'est nullement une nécessité dans toute union. L'union réservée c'est l'union maîtrisée, contrôlée, épanouie, l'union consciente, l'union continent et chaste qui est, non une école de sensualité, mais une école de continence amoureuse qui nous aide à nous débarrasser de l'obsession du désir et du besoin. (Chauchard 1966, p. 71)

Ainsi, la solution tient à nouveau dans la maîtrise de soi plutôt que dans le recours à un outil extérieur. Cela doit permettre de faire de la sexualité une dimension de la vie qui ne serait plus soumise au « désir » ou au « besoin ». Cette maîtrise n'est pas limitée à un sexe, mais il est clair que ce sont ici

²³ Posture que l'on retrouve aujourd'hui chez les opposant-e-s à la contraception hormonale (voir chapitre 8).

les hommes qui sont concernés – ne serait-ce que parce que c'est à eux en premier chef de mettre en œuvre « l'union réservée ». Si les « besoins » des hommes sont remis en cause, ceux des femmes ne sont pas considérés. Chauchard, moins libéral en cela que Chanson, s'oppose d'ailleurs aux caresses comme moyen d'atteindre la jouissance : « Les caresses font partie du comportement conjugal normal qui n'aboutit pas obligatoirement à l'union, mais elles sont anormales si elles sont un succédané de l'union aboutissant à une pseudo-satisfaction complète séparée. » (*Ibid.*, p. 20-21). Ce qui est central, c'est donc bien de réussir à se contrôler – idée que l'on retrouve chez plusieurs théologiens catholiques qui se confrontent à la même période à cette question, comme c'est également le cas de Claude Prudence (1964), qui promeut un « planning familial humain ». Son ouvrage fait l'objet d'un compte rendu dans la revue *Population* qui se termine par le rappel du « style de vie » prôné par l'auteur, « un style de vie où la maîtrise sexuelle fait partie des aspirations majeures de l'homme normal » (Bergues 1965, p. 135). Ainsi, ce n'est pas tant un mode de « régulation des naissances » qu'un modèle de masculinité qui est proposé par les tenants du *coïtus reservatus*.

Sous couvert d'une prise en compte de la santé des femmes ou même de l'harmonie au sein du couple, c'est donc une défense d'une maîtrise de soi qui n'admet pas de défaut – et à travers elle d'une forme spécifique de masculinité – que conduisent les opposants catholiques à la contraception médicale dans les années 1960 (sur le cas particulier des médecins catholiques, voir Sevegrand 2017). Mais dans les foyers catholiques, ce contrôle de ses désirs par l'homme ne semble pas avoir été un horizon aussi radieux que les espoirs qu'a progressivement fait naître la réunion par Paul VI, à partir de 1963 d'une « commission pontificale pour l'étude des problèmes de la population, de la famille et de la natalité », dont on espérait qu'elle autorise la contraception (Rouche 1984).

2.1.2.2 Les espoirs déçus d'*Humanae Vitae* : vers la redéfinition de la morale sexuelle catholique ?

Tout-e-s les catholiques ne partagent pas les vues de Paul Chauchard – ni sa vision idéaliste d'une parfaite maîtrise de soi. Parmi les laïcs qui s'expriment publiquement sur le sujet, certain-e-s ont des vues plus contrastées. C'est le cas par exemple de Pierre Corval, journaliste et résistant catholique, directeur de l'ORTF de 1965 à 1970, qui publie en 1968 un ouvrage basé sur « des témoignages », intitulé *Contraception et sexualité. Le couple devant un nouvel avenir* et où l'on peut par exemple lire :

« Autour de nous, les jeunes ménages parlent librement et en confiance de la contraception. Quant à mon mari et à moi, cela nous a considérablement rapprochés », constate Mme P., secrétaire de vingt-huit ans, qui, mariée depuis trois ans, prend depuis trois ans également régulièrement « la pilule ».

« En outre, ajoute-t-elle, le fait que nous avons choisi tous les deux d'adopter tel mode de contraception, que nous en ayons discuté ensemble, que cette décision nous soit commune, nous a donné aussi, en commun, une responsabilité nouvelle ». (Corval 1968, p. 100-101)

C'est en effet généralement en s'appuyant sur les témoignages de ménages catholiques que se construit une contre-argumentation au sein même de l'Église. Les militant-e-s ont recours au registre du tragique ou de l'indignation, qui s'appuie sur la peur d'une grossesse ressentie par les couples – et sur

la solution que représente la contraception – afin de faire comprendre au Vatican que la situation n’est plus tenable. Cette argumentation peut en outre se doubler, comme ici, de l’idée que la contraception, plutôt que de détruire le couple, le soude.

Or l’évolution divergente du Magistère romain et de l’opinion publique est de plus en plus palpable. Mais ce sont également des figures du catholicisme qui prennent position en faveur de la régulation des naissances, comme le prêtre Pierre de Lochet en Belgique (Crosetti 2017). Entre 1966 et 1968, la presse catholique française se passionne plutôt pour le changement de position possible de l’Église sur la contraception que pour les rebondissements autour de la loi Neuwirth (Sevegrand 1995, p. 285). Le magazine catholique *Clair Foyer* organise ainsi un sondage parmi son lectorat pour recenser les attitudes vis-à-vis de la contraception – ce qui aboutit finalement à une liste des méfaits pour le couple et la famille de l’absence de contraception (Lambert et Lambert (dir.) 1966). Mais c’est également le cas dans une presse plus généraliste, la presse féminine, dont le magazine *Marie Claire* est un bon exemple (Pavard 2009). Dans ce magazine, on assiste au changement progressif d’opinion des journalistes entre la fin des années 1950 et le milieu des années 1960, jusqu’à ce que « le magazine crée lui-même les conditions de pression sur le Concile, en demandant à ses lecteurs et lectrices de se plaindre dans le questionnaire distribué : “c’est à vous que nous faisons appel pour crier bien haut les angoisses, et l’attente de millions de foyers qui n’ont jamais pu s’exprimer par eux-mêmes.” » (*Ibid.*, p. 15). C’est bien sur le Concile qu’il faut, toujours dans le registre de l’indignation, faire pression (et non sur l’Assemblée nationale). Ainsi, parmi les catholiques, les opinions sont nettement plus nuancées – et chez beaucoup l’espérance est grande au milieu des années 1960, lorsqu’ouvre le Concile²⁴.

L’encyclique *Humanae Vitae*²⁵ est finalement rendue publique à la fin du mois de juillet 1968, quelques mois après la loi Neuwirth, et alors que le monde catholique est en effervescence et dans l’attente d’une évolution quant à la contraception. Sans jamais évoquer « la pilule », le texte s’appuie sur des arguments moraux pour limiter la régulation des naissances à la seule étude des cycles de fécondité :

En conformité avec ces points fondamentaux de la conception humaine et chrétienne du mariage, nous devons encore une fois déclarer qu’est absolument à exclure, comme moyen licite de régulation des naissances, l’interruption directe du processus de génération déjà engagé, et surtout l’avortement directement voulu et procuré, même pour des raisons thérapeutiques. Est pareillement à exclure, comme le Magistère de l’Église l’a plusieurs fois déclaré, la stérilisation directe, qu’elle soit perpétuelle ou temporaire, tant chez l’homme que chez la femme. Est exclue également toute action qui, soit en prévision de l’acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation. (*Humanae Vitae*, 25 juillet 1968, article 14)

²⁴ Pour une analyse détaillée de cette période et de ses enjeux, on pourra se reporter à Sevegrand 1995, p. 212-290.

²⁵ L’encyclique est consultable en ligne : http://w2.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html, consulté le 2 avril 2018.

Tous les moyens de contraception existant, qu'il s'agisse de la pilule, du diaphragme, du préservatif ou encore du retrait sont ainsi proscrits. L'importance du couple et de la perspective conjugale sont réaffirmées. Globalement, « l'Église, rappelant les hommes à l'observation de la loi naturelle, interprétée par sa constante doctrine, enseigne que tout acte matrimonial doit rester ouvert à la transmission de la vie²⁶ ». Le retournement largement attendu et espéré n'a pas eu lieu.

Les réactions sont contrastées entre la presse, qui dans sa large majorité ne remet pas en cause l'encyclique, et les croyant-e-s, dont les sondages montrent qu'ils et elles désapprouvent globalement la décision prise. Cette encyclique démontre « l'intransigeance » de Paul VI : « l'Église refusait le compromis avec le “monde”, [...] la doctrine ne fléchissait pas devant les drames humains. » (Sevegrand 1995, p. 308-309). Peu de voix s'élèvent, mais la déception est profonde pour de nombreux couples catholiques et des effets de long terme se feront sentir. Ainsi, selon Magali Della Sudda, qui a étudié des lettres parvenues au magazine de l'Action catholique générale féminine, *L'Écho de notre temps*, suite à l'encyclique, « cette “nouvelle affaire Galilée” éloigna les femmes des confessionnaires de manière durable et aurait occasionné une contestation feutrée de la morale sexuelle par les fidèles, au sein même de l'Église » (2016, p. 82). Paradoxalement, en ne tenant pas compte de la « réalité sexuelle » (Droit et Gallien 1974) de ses ouailles, ce sont donc les bases d'une contestation ouverte de la morale sexuelle catholique que l'encyclique a peut-être posées.

Mais au cours de la même période, les promoteurs/trices de la contraception ne sont pas en reste – et la question de la sexualité occupe également une large place dans le camp adverse.

2.2 Associer sexualité et famille pour mieux dissocier sexualité et procréation : de la stratégie du MFPP à la « libération des femmes » ?

Dès les années 1970, la pilule commence à être « brandie comme un outil de “libération sexuelle” des femmes » (Rebreyend 2008b, p. 452). Une décennie plus tôt, cependant, ses défenseurs et défenseuses étaient loin d'utiliser ce double champ de revendication (libération *sexuelle*, libération *des femmes*) pour faire avancer leur agenda. Ainsi que le souligne Francis Sanseigne à propos du MFPP, « [ses] revendications au cours des années soixante ne se sont jamais exprimées selon les catégories de l'autonomie féminine » (2006, p. 21). Les problématiques qui sont mises en avant pour défendre la légalisation de la contraception sont celles qui sont le plus susceptibles d'être perçues comme légitimes dans la France gaulliste : des arguments médicaux, avec une technicisation du débat autour de la pilule, d'autres en lien avec la surpopulation, ou d'autres encore ayant trait au bonheur des familles. Dans la sélection consacrée à la contraception des « Dossiers documentaires » réunis à la bibliothèque Marguerite Durand, ce sont effectivement ces craintes pour la démographie (sur le sujet voir également De Luca Barrusse 2018) ou encore la santé des enfants à venir (issus de « vieux ovules²⁷ », du fait de

²⁶ *Humanae Vitae*, 25 juillet 1968, article 11.

²⁷ « “Les femmes n'ont pas le droit de faire courir des risques à leur descendance”, déclare le docteur Jacques Henriot », *Le Monde*, 17 janvier 1970, p. 8.

l'utilisation d'une pilule qui bloque l'ovulation mensuelle) qui ressortent des coupures de presse de la décennie 1960. Cette polarisation des débats publics sur des sujets extérieurs bien différents de la « libération sexuelle des femmes » retenue par l'histoire se prolonge à l'Assemblée nationale où, lors de la discussion de la loi Neuwirth les femmes sont majoritairement mentionnées dans le cadre de la famille, et où les questions abordées concernent la population ou les aspects médicaux de la contraception (Sanseigne 2006).

Mais c'est principalement sur le lien entre contraception et diminution des avortements qu'est mis l'accent, toujours dans un registre qui est celui de l'indignation et en s'appuyant sur des témoignages tragiques, en particulier de décès suite à des avortements clandestins (Pavard 2012, p. 21 ; pour un récit d'une des affaires ayant fait le plus de bruit sur le sujet, celle des époux Bac, au milieu des années 1950, voir Voldman et Wiewiorka 2019). En témoigne par exemple la publication en 1962 d'un *Livre noir de l'avortement*, recueil de témoignages de femmes reçus suite à un appel à témoins dans *Marie Claire* à la fin de l'année 1960 (Auclair 1962). Pour la majorité des promoteurs/trices de la contraception et en particulier pour le MFPPF, la légalisation de l'avortement n'est pas une revendication. Néanmoins, la possibilité d'une diminution des avortements clandestins est un de leurs arguments phares.

Cependant, la sexualité également occupe une place dans les débats. L'idée que la contraception va améliorer la vie sexuelle est régulièrement mise en avant par les médecins qui vont défendre la contraception médicale – au premier rang desquels la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallée, fondatrice de l'association Maternité heureuse. Cette dimension, plus discrète que d'autres car moins légitime, a cependant été moins explorée par les chercheurs/ses qui se sont penché-e-s sur la question, la thématique de la sexualité semblant émerger avec la légalisation de la pilule. Il faut donc déterminer comment l'amélioration de la sexualité a pu être utilisée comme argument en faveur de la libéralisation de la contraception, mais aussi mettre au jour qui sont les laissées pour compte de ces revendications.

2.2.1 La sexualité contraceptée comme condition d'une vie de couple épanouie

Les promoteurs et promotrices de la contraception se heurtent dans leur croisade à un obstacle de taille : la contraception n'a pas affaire qu'avec la santé ou la famille, mais également avec la sexualité. Comme le soulignera quelques années plus tard Simone Iff, présidente du MFPPF de 1973 à 1981, « parler de contraception conduit [...] très vite à parler du désir et du plaisir » (1975, p. 100). La sexualité est donc rapidement prise en charge par les défenseurs/ses de la libéralisation, qui vont cadrer le discours à son propos pour qu'elle apparaisse comme un *moyen* plutôt que comme une *fin*.

Dès sa fondation, l'association Maternité heureuse – puis le MFPPF – va être confrontée à un souci de respectabilité important. L'idée que la contraception « libérerait » la sexualité n'est donc absolument pas portée par l'association, qui promeut tout au contraire une vision limitée de la sexualité, imputant à celle-ci une orientation nécessairement conjugale, seule apte à lui apporter une légitimité. Ainsi, elle « occupe une place paradoxale : alors que l'activité sexuelle joue un rôle central dans la

construction sociale du couple, elle est tenue de rester secrète et perd toute valeur hors de la conjugalité » (Bozon 2001a, p. 26). Cette vision restrictive de la sexualité évolue progressivement, ce que les militant-e-s originel-le-s n'approuvent pas toujours. En témoigne la démission de la présidente Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé dès le printemps 1967, alors que la loi Neuwirth n'est pas encore votée : elle estime que son objectif de diffusion de l'idée de planning familial est atteint (Pavard 2012, p. 105), et réfute la nouvelle orientation du MFPPF, de plus en plus militant. Celle-ci tend selon elle vers « une croisade pour l'émancipation de l'individu » à laquelle elle est opposée, de même qu'elle l'est à l'avortement désormais défendu par le mouvement (déclaration au quatrième congrès national du MFPPF, 3 et 4 juin 1967, citée par *Ibid.*, p. 106). Or la vision conjugale de la sexualité se donne à voir dans le discours du MFPPF des années 1960, et en particulier dans les écrits de sa présidente.

Dans l'essai sur la pilule qui l'oppose à Paul Chauchard (voir *supra*), Marie-André Lagroua Weill-Hallé souligne par exemple l'importance de la prise en compte de la sexualité dans la réflexion sur la contraception – mais uniquement en ce que la qualité de la relation sexuelle retentit plus globalement sur celle de la relation du couple en général :

À propos des techniques contraceptives, j'aimerais qu'il [le lecteur] en retienne cependant quelques notions générales, que mes dix ans d'expérience me permettent de lui donner :

1° la contraception ne doit pas être envisagée sur le seul plan technique, mais aussi en fonction de la sexualité. L'attitude du couple, aussi bien religieuse que sociale ou psychologique, ses impulsions sexuelles, son degré d'attachement réciproque, doivent lui permettre de faire le choix de la méthode contraceptive qui lui convient.

2° lorsque cette mise au point est faite avec soin, le retentissement sur la vie de couple, de l'utilisation d'une contraception bien adaptée, est notable. (Lagroua Weill-Hallé 1967b, p. 77)

La contraception doit ainsi être choisie en fonction de la sexualité du couple et pour optimiser celle-ci, mais le but de ce choix n'est pas tant l'épanouissement de la sexualité elle-même que celui de « la vie du couple ». La sexualité n'est donc bien pensée que par et dans le couple, et lorsque les relations sexuelles sont évoquées ce n'est jamais le désir de l'individu qui est mentionné mais bien toujours l'harmonie du couple. Ceux qui viennent chercher conseil au MFPPF semblent d'ailleurs, consciemment ou non, rester dans le registre de l'orientation conjugale qui est attendu d'eux. Caroline More, à partir de son analyse de lettres reçues par le Planning familial de Grenoble au cours des années 1960, montre ainsi que « les correspondants s'efforcent de rester en phase avec les valeurs du moment (importance de la maternité, de la vie de couple, sexualité subordonnée à la reproduction) » (2004, p. 75). Accéder à la contraception ne se fait qu'au prix d'une certaine présentation de soi.

Même lorsque la sexualité est abordée de manière directe, par exemple pour décrire les effets possibles de chaque moyen contraceptif, le couple n'est jamais loin. Dans le journal *Le coopérateur* du 28 décembre 1965, une page et demi est ainsi consacrée au thème, avec en particulier une interview de Marie-André Lagroua Weill-Hallé (p. 15-16). L'article est illustré d'une photo de bébé et d'une autre

représentant un jeune enfant, ce qui permet d'associer contraception et famille heureuse. Quatre types de méthodes sont décrits, dont les méthodes dites « naturelles », convenant « aux couples d'une fertilité moyenne, dont la sexualité peu intense leur permet d'observer, sans dommage pour leur équilibre, de longues périodes de continence » ; les méthodes qui requièrent l'initiative du conjoint (« souvent à l'origine d'impuissance ou de frigidité dans la mesure où le couple, très anxieux de réussir, craint un accident et au lieu de se détendre, vit l'acte sexuel dans l'angoisse ») ; les méthodes qui requièrent l'initiative de la femme (dont le diaphragme, qui « améliore la vie des couples dans plus de la moitié des cas ») ; et enfin les méthodes « semi-chirurgicales » (le DIU – voir *infra*). Lorsque la sexualité est mentionnée, c'est donc « le couple » qui est systématiquement mis en avant comme le bénéficiaire tant des problèmes potentiels que des améliorations éventuelles. La sexualité est bien utilisée comme un argument, ce qui explique aussi que Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé consacre une partie de son *Étude sur 7 600 couples* réalisée en 1956 à 1966 (1967a) à déterminer les effets du diaphragme et de la pilule sur le plaisir et le désir des hommes et des femmes. Mais ce ne sont pas tant ce plaisir et ce désir qui sont mis en avant en tant que tels que l'harmonie conjugale qu'ils doivent permettre.

Dès lors, si dans ce discours la contraception peut devenir « une nouvelle liberté » (Pavard 2012, p. 17), celle-ci concerne bien plus les couples que les femmes. Même les journalistes qui encouragent la libéralisation de la contraception ne remettent pas en cause les rôles genrés traditionnels (Pavard 2009, p. 103). La contraception doit permettre d'éviter des situations pouvant aboutir non seulement à la mésentente, mais également à la dissolution du couple, comme en atteste cet exemple paroxystique rapporté en 1966 par Catherine Valabrègue, cofondatrice du MFPPF :

Dans un ménage catholique qui élève trois enfants, la femme refuse une nouvelle grossesse. Le mari, très catholique, rejette tout moyen anticonceptionnel et s'abstient... Peu d'années après cette décision, la femme prend un amant qui accepte les précautions. Le mari l'apprend et se suicide. (Valabrègue 1966, p. 141)

Les militant-e-s de la contraception utilisent fréquemment ce type d'exemples, appartenant à un registre tragique ou au registre de l'indignation (Sanseigne 2009), pour mieux montrer que l'absence de sexualité épanouissante peut mener au pire *pour la famille*.

À l'inverse, les descriptions abondent de cas où l'arrivée de la contraception, et en particulier de la pilule, permet au couple de retrouver une entente harmonieuse – et favorise donc la famille. Marie-André Lagroua Weill-Hallé utilise particulièrement ces illustrations concrètes de ce que peut apporter la contraception, comme dans son ouvrage *La contraception au service de l'amour*, qui présente 37 histoires de patient-e-s. Ici, le cas numéro 16-17, « Quand le problème contraceptif est résolu » :

Mme X., quarante ans, mariée à vingt-trois ans, a eu deux enfants très rapprochés, dès le début du ménage. Ménage modeste d'employés, c'était le maximum que pouvaient accepter les deux époux. Depuis la seconde naissance, c'est-à-dire depuis environ quinze ans, M. X. « se retirait » scrupuleusement. Cela lui était fort pénible. Pour diminuer encore le risque, il avait le moins possible de rapports avec sa femme et la trompait discrètement [...].

Se met à prendre la pilule pour ne plus avoir peur lors de ses retards de règles.

Deux ans après la première consultation :

Le docteur : Êtes-vous toujours satisfaite de vos pilules ?

Mme X. : Plus que je ne saurais le dire, Docteur. C'est un miracle.

Le docteur : À ce point ?

Mme X. : Pour moi, oui, Docteur. Depuis que je prends des pilules, mon mari ne me trompe plus ; je vous l'avais déjà signalé dès le début du traitement, mais j'attendais que cela se confirme ; je pensais que c'était l'amélioration soudaine de nos rapports qui l'avait rendu fidèle, mais je craignais que ce ne soit que passager. Eh bien, non, du jour au lendemain, nous avons eu des rapports plus fréquents et il ne s'est plus retiré et c'est tout ce qu'il voulait. (Lagroua Weill-Hallé 1966, p. 121-122)

Cet exemple est particulièrement intéressant dans ce qu'il dit de la sexualité : ce n'est pas le fait de ne plus avoir de rapports qui posait problème à « Mme X. », mais c'est bien plutôt la tromperie qui en résultait, *en ce qu'elle mettait le couple en danger*. Lorsque leur sexualité s'améliore grâce à la pilule contraceptive, ce n'est pas son plaisir à elle qui est mis en avant – mais le fait que son mari a obtenu « ce qu'il voulait », et que leur couple est désormais sauf. On est loin d'une argumentation féministe, et la sexualité n'est bien ici qu'un moyen pour arriver à une vie conjugale satisfaisante. Mais cette satisfaction est genrée : elle concerne en premier lieu, voire uniquement, le mari.

La contraception n'a d'ailleurs pas toujours été défendue par les mouvements féministes. Sylvie Chaperon distingue ainsi trois périodes distinctes quant au rapport de ces mouvements avec la libéralisation de la contraception (Chaperon 2004). D'abord, de la fin du XIX^e siècle au début du XX^e siècle, une période de « moralisation sexuelle », au cours de laquelle la majorité des féministes craignent que la contraception n'entraîne une exploitation sexuelle des femmes au profit des désirs (et des plaisirs) des hommes et qu'elle ne déresponsabilise ces derniers (*Ibid.*, p. 335-336). Puis une période de « réforme sexuelle », courant des années 1920 aux années 1950, au cours de laquelle « la sexualité et le plaisir (dans le cadre conjugal) deviennent des valeurs positives » (*Ibid.*, p. 337), alors que la contraception reste contestée tout en prenant progressivement une place dans le débat. Enfin, une période de « révolution sexuelle », depuis les années 1970, où « l'exercice régulier de la sexualité, si ce n'est conjugal du moins hétérosexuel, est devenu un impératif de bonne santé et d'épanouissement mental » (*Ibid.*, p. 341) tandis que la contraception se diffuse. Les années 1960 se situent à la charnière entre les deux dernières périodes, et comme le souligne Bibia Pavard, « le débat sur la libéralisation de la contraception est loin d'apporter un nouveau regard sur les rapports hommes-femmes qui restent un point marginal de la discussion » (2012, p. 101). Si la parole des femmes est relayée par les soutiens de la libéralisation, il est donc difficile de parler ici d'un véritable discours féministe – du moins, il faut bien avoir à l'esprit que, contrairement à ce qui sera le cas dans les années 1970, il n'est « pas revendiqué comme tel » (*Ibid.*, p. 32).

Cet état de fait évoluera progressivement, en particulier avec le développement dans les années 1970 de nouveaux mouvements féministes (Bernheim et al. (dir.) 2009). En 1982, un ouvrage

édité à l'occasion des 25 ans du MFPP mettra en exergue une citation engagée de la militante féministe néomalthusienne Nelly Roussel (1878-1922) :

De toutes les libertés que la femme ambitionne et revendique, il n'en est pas une qui me semble devoir exercer une influence plus décisive sur son destin que cette liberté sexuelle – ou plus exactement cette liberté procréatrice – pour laquelle on combat ici. (Nelly Roussel, citée dans Mouvement français pour le planning familial 1982)

Au tournant des années 1960, les militant·e·s du MFPP sont cependant encore loin de mettre en avant cette « liberté sexuelle » que les femmes vont gagner avec la libéralisation de la contraception, et dans la rhétorique de l'association la sexualité est uniquement orientée vers le couple. Si une sexualité plus épanouissante est souhaitée, c'est ainsi parce qu'elle est nécessaire à un fonctionnement harmonieux du couple – et l'on verra que c'est un motif de remise en cause de nombreuses méthodes contraceptives dites « traditionnelles ». Par ailleurs, il faut avoir en tête que *toutes* les femmes ne sont pas concernées par les revendications en faveur de la contraception.

2.2.2 Libérer la sexualité de toutes les femmes ? Âge, statut matrimonial, classe et race

Le combat pour la libéralisation de la contraception a la particularité d'avoir été mené, du milieu des années 1950 au milieu des années 1960, par des femmes blanches mariées, déjà mères et issues de la bourgeoisie, capables de mener une « politique de la salle à manger²⁸ » pour faire avancer leurs droits. Mais toutes les femmes qui craignent une grossesse ne sont pas mariées – et toutes ne disposent pas des mêmes capitaux pour conquérir ou défendre leurs droits.

La première restriction concerne l'âge d'accès à la contraception : même si cette règle est sujette à débat et parfois contournée (voir par exemple l'entretien de Monique²⁹), le MFPP exige normalement de ses adhérentes qu'elles soient majeures. Malgré l'argument que représente la mauvaise situation des « filles-mères » (Mossuz-Lavau 2002, p. 64), la loi Neuwirth comprendra également des restrictions d'âge :

La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineurs de dix-huit ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au tableau spécial [c'est-à-dire le stérilet et la pilule] aux mineurs de vingt et un ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal³⁰.

Ce n'est qu'en 1974, avec la première loi Veil, que la contraception devient accessible sans autorisation pour les mineur·e·s sans limite d'âge – tandis que les contraceptifs « modernes » deviennent remboursables par la Sécurité sociale (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel 2012, p. 124).

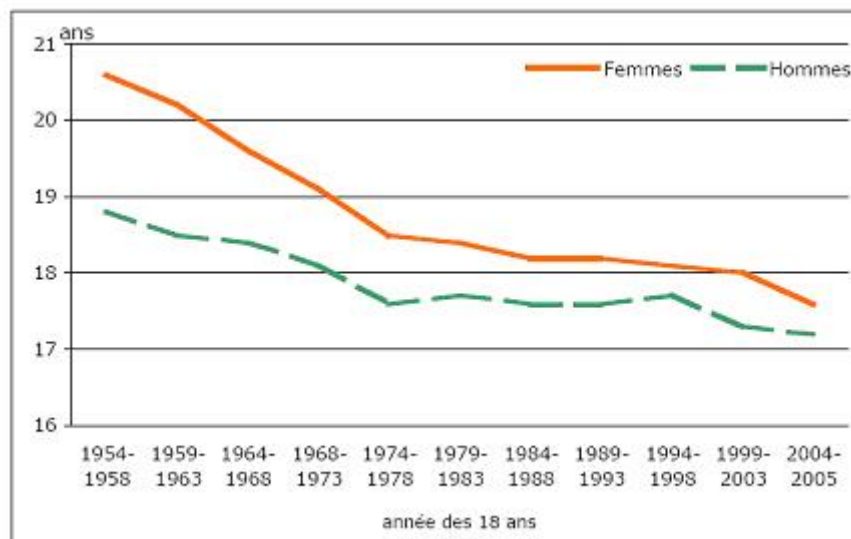
²⁸ À savoir d'utiliser à bon escient ce lieu « de réception et de représentation, à la fois intime et ouvert sur l'extérieur » (Pavard 2012, p. 44).

²⁹ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

³⁰ Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967. *Journal officiel*, 29 décembre 1967, p. 12861, cité dans Mossuz-Lavau 2002, p. 60.

Cependant, la question de l'accès à la contraception des mineur-e-s devient centrale dès les années 1960. Celles-ci sont marquées par une augmentation de la sexualité prémaritale et, donc, une diminution de l'âge au premier rapport (particulièrement pour les femmes, mais également pour les hommes). Alors que le contexte législatif ne change que lentement, ce n'est pas le cas des comportements des jeunes (pour un développement plus détaillé sur le sujet, voir Bozon 2009b, p. 228-236), comme le montre ce graphique qui indique sur le temps long l'évolution de l'âge au premier rapport sexuel par sexe et par génération (l'année des 18 ans) :

Graphique 1. Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel par sexe et par génération (l'année des 18 ans³¹)



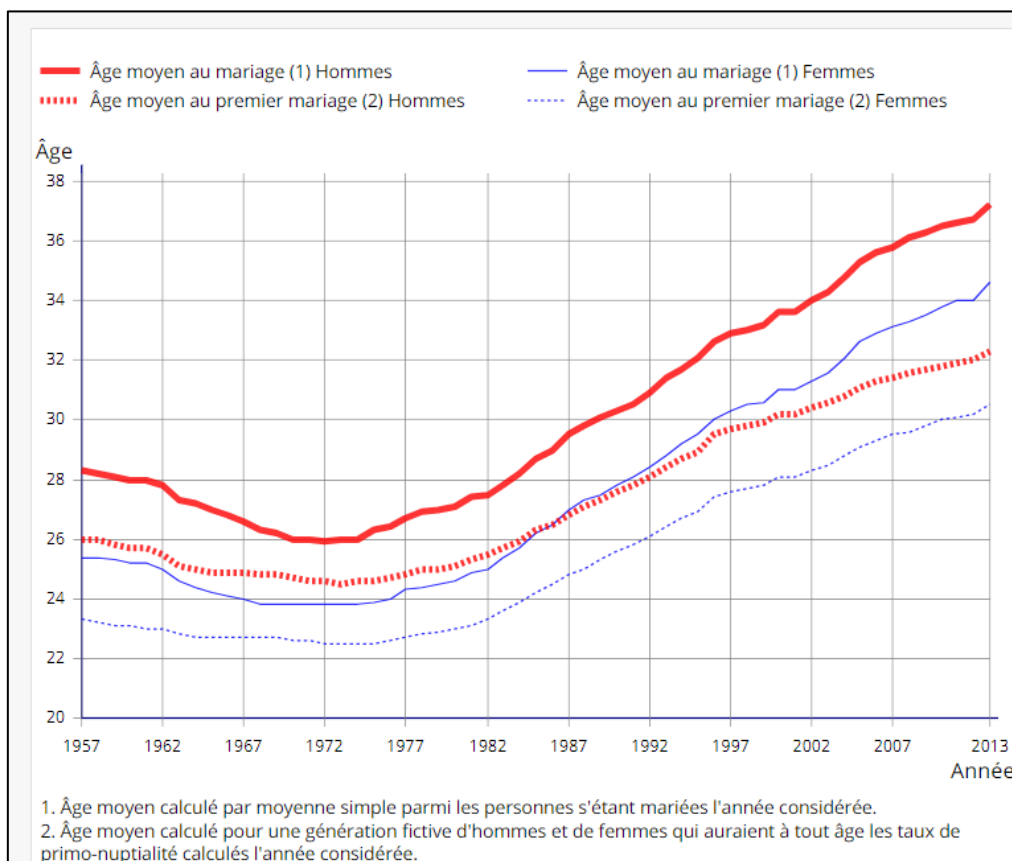
Champ : hommes et femmes de 18 à 69 ans.

Source : données de l'enquête CSF, 2006.

L'âge au premier rapport sexuel évolue très rapidement à la baisse au cours de la période qui précède la légalisation de la contraception, et continue dans celle qui suit immédiatement : entre la génération née juste avant la seconde guerre mondiale et celle née vingt ans plus tard, c'est pour les femmes plus de deux ans plus tôt qu'a lieu l'initiation sexuelle, et pour les hommes un peu plus d'un an plus tôt. Comme le souligne l'enquête Simon, menée en 1970, « la proportion de jeunes femmes ayant eu leur premier rapport avant 21 ans atteint 59 % aujourd'hui contre 44 % il y a seulement dix ans et 35 % avant la deuxième guerre » (Simon et al. 1972a, p. 201). Cette baisse de l'âge au premier rapport, dans une société où les enfants nés hors mariages continuent d'être considérés comme « illégitimes » et où aucune contraception efficace n'existe encore, a logiquement des conséquences sur l'âge du mariage.

³¹ Bozon 2008b, p. 123.

Graphique 2. Âges moyens au mariage et au premier mariage³²



Champ : France métropolitaine jusqu'en 1995, France hors Mayotte à partir de 1996. Hors mariage de personnes de même sexe.

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

L'âge moyen au mariage diminue ainsi jusqu'à atteindre un palier alors que la contraception se répand, dans les années 1970, puis repart à la hausse. Cette diminution n'est pas surprenante : l'augmentation des rapports sexuels prémaritaux entraîne des grossesses plus nombreuses, et donc des mariages précipités (provoqués ou avancés) également plus fréquents. Cela se donne particulièrement bien à voir lorsque l'on étudie les chiffres des conceptions pré-nuptiales, c'est-à-dire où la naissance a lieu dans les huit mois suivants la date du mariage (voir Prioux-Marchal 1974, p. 62 pour des remarques sur cette définition). Ce chiffre évolue de manière continue du milieu des années 1950 au début des années 1970, passant de 18 % des mariages en 1955 à 26 % en 1970 (et un peu moins de 25 % en 1975). En se restreignant aux mariages dans lesquels la femme a moins de 35 ans, c'est, en 1973, 26 % des mariages, soit un quart, qui sont concernés (*Ibid.*, p. 63 ; Prioux 1976, p. 593). On peut donc en conclure que la sexualité prémaritale a augmenté.

À travers ces restrictions en fonction de l'âge, c'est également l'association de la sexualité au couple – et même, plus précisément, au mariage – qui est visée. Si les femmes célibataires peuvent utiliser la contraception, ce n'est pas leur situation qui est mise en avant par les défenseurs/ses de la

³² Bellamy 2015, fig. 4.

libéralisation et, si ce n'est dans certains milieux et jusqu'à un certain âge, le caractère déviant de cette condition est évident pour tou-te-s. En témoigne cette remarque de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé lorsqu'elle évoque une femme qu'elle suit depuis quatre ans pour l'utilisation d'une cape cervicale, mais qui n'a jamais répondu au questionnaire annuel qu'elle lui propose et qui sert de base à son enquête sur « 7 600 couples » :

C'était tout simplement que, n'étant pas mariée et psychiatre, elle ne se jugeait pas, disait-elle, « assez représentative », ce qui d'ailleurs – à ne considérer que le cas particulier – était plutôt une chance pour la moyenne des femmes. (Lagroua Weill-Hallé 1967a, p. 34)

À moins de supposer un dédain particulier de la gynécologue envers les psychiatres, on doit bien conclure ici que la femme mariée et mère de trois enfants, ainsi que se présentait Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé pour prouver que son mouvement ne visait pas à nuire à la famille, témoigne ici d'une certaine forme de pitié envers sa patiente célibataire. À une époque où l'entrée dans la sexualité commence tout juste à se détacher du mariage – mouvement qui ne va aller qu'en accélérant (Bozon 1991) –, il reste encore difficile d'imaginer pour les femmes une « jeunesse sexuelle » multipartenaire. Et l'idée d'une vie entière qui se déroulerait en changeant régulièrement de partenaire est encore plus malaisée à concevoir, alors même que s'amorce le « moment 68 » (Zancarini-Fournel 2008) et que vont émerger les revendications de « libération sexuelle » (voir chapitre 5).

Indépendamment de l'âge et du statut matrimonial, qui restreignent l'accès légal ou légitime à la contraception, d'autres inégalités influent sur la possibilité pour les femmes d'y avoir recours. D'abord, l'information sur la contraception et sur le MFPPF, qui demeure avant 1967 la principale source de prescription et de renseignements sur la contraception, est très inégalement diffusée dans la population. L'enquête Simon (voir chapitre 1) date de 1970, mais elle nous permet de voir que même à cette époque-là l'information reste stratifiée, et d'imaginer ce qu'il pouvait en être trois ou cinq ans plus tôt.

Si l'on s'intéresse d'abord aux individus qui « s'estiment très bien ou assez bien informés » sur les « moyens contraceptifs », on remarque que les connaissances augmentent dans les nouvelles générations. Par ailleurs, c'est le cas de la moitié des hommes (49 %), mais parmi les 20-49 ans, 40 % de ceux qui ont un niveau d'études primaire contre 67 % de ceux qui ont un niveau supérieur au primaire répondent positivement. Chez les femmes, qui répondent « oui » à 43 %, donc six points de moins que les hommes, la différence est du même ordre : 41 % parmi les 20-49 ans ayant un niveau d'études primaire, 69 % chez celles qui ont fait plus d'étude. À chaque fois, c'est presque 30 points qui séparent l'accès à la connaissance des plus diplômé-e-s et de celles/ceux qui le sont moins. C'est également dans le lieu d'habitation que se joue la différence, qui est importante entre celles et ceux qui résident dans des villes de moins de 10 000 habitant-e-s (42 % de réponses positives pour les hommes, 44 % pour les femmes) et celles et ceux qui vivent dans des villes de plus de plus de 100 000 habitant-e-s (65 % des

hommes, 66 % des femmes) (Simon et al. 1972a, p. 600-601). Il est d'ailleurs notable que les réponses des hommes et des femmes soient très proches les unes des autres, alors que la contraception a longtemps été, de même que la sexualité, un domaine de compétence masculin.

Le niveau de diplôme joue également sur le choix contraceptif, dans la mesure où il a un effet sur le panel de méthodes contraceptives connues. Si l'on s'intéresse aux femmes, on voit bien que ces différences, faibles pour une méthode très médiatisée comme la pilule³³, peuvent être importantes pour les autres méthodes :

Tableau 9. Connaissance des moyens contraceptifs par les femmes de 20-49 ans en fonction du niveau d'étude (en %)

	Pilule	Préser- -vatif masculin	Pour la femme, se laver après	Retrait	Ogino	Tempé- -ratures	Stérilet	Capé, pessaire, diaphrag- -me	Gelées, crèmes
Niveau primaire	96	78	80	73	66	64	45	39	17
Niveau supérieur au primaire	98	92	88	91	92	89	73	69	46

Champ : femmes de 20 à 49 ans.

Source : Enquête Simon (1972), p. 582-583.

Lecture : 96 % des femmes ayant un niveau d'étude primaire connaissent, au moins de nom, la pilule.

Les écarts en faveur des plus éduquées sont importants pour les méthodes traditionnelles comme le retrait (18 points), la douche vaginale (8 points), la méthode Ogino (26 points) ou encore celle des températures (35 points). Ils le sont aussi pour les méthodes les plus récentes, comme les capes, pessaires et diaphragmes (30 points), le stérilet, globalement mal connu (28 points ; voir *supra* concernant les raisons de cette méconnaissance) ou encore les gelées et crèmes, qui semblent également peu répandues (29 points). Seule la pilule, dont le niveau de connaissance est très élevé pour toutes, échappe à ces écarts en fonction du niveau d'étude. L'accès à la contraception, qui passe d'abord par l'accès à la *connaissance* sur celle-ci, est donc bien stratifié socialement. Par ailleurs, on distingue ici les prémices de la prééminence de la pilule sur toutes les autres méthodes, prééminence qui va s'affirmer au cours des vingt années suivantes³⁴.

Si la contraception concerne aussi les femmes les moins éduquées, ce n'est donc pas tant une contraception choisie qu'une contraception *que l'on choisit pour elles*. La prise en compte de leur confort et de leur bien-être, sexuel mais pas uniquement, est susceptible de passer au second plan,

³³ Qui en est venue, dans la France de la fin des années 1960, à être identifiée à la contraception en général – voir chapitre 5.

³⁴ Sur le sujet voir la thèse en cours d'Alexandre Roux : « La diffusion de la pilule contraceptive en France : socio-histoire d'une évidence » (titre provisoire).

l'urgence étant plutôt d'éviter à des familles qui ne sont pas supposées avoir les moyens de les élever de faire trop d'enfants. Marie-André Lagroua Weill-Hallé avait d'ailleurs compris très tôt que c'est cet argument qui devait être mis en avant. Lorsqu'en 1955 elle entreprend son combat en faveur du *birth control*, son premier discours à l'Académie des sciences morales et politiques s'appuie sur l'exemple d'un couple infanticide, dont la jeune femme, mère à 23 ans de quatre enfants et enceinte du cinquième, avait été condamnée à sept ans de prison pour avoir laissé mourir le quatrième (Voldman et Wieviorka 2019). Pour les femmes de milieux populaires, susceptibles d'être vues comme incapables, moralement ou financièrement, de s'occuper d'enfants trop nombreux, il ne s'agit donc pas tant de permettre l'accès à une contraception *qui leur convient* qu'à une contraception *efficace et ne dépendant pas de leur mari* (représenté comme potentiellement alcoolique ou violent). Pour les femmes de milieux plus aisés, le choix s'élargit et le bien-être sexuel, même s'il reste subordonné à l'harmonie générale du couple, semble pouvoir être pris en compte.

Le contraceptif qui marque le mieux cette distinction en fonction de la classe est le stérilet, très peu prescrit en France :

Le stérilet, très recommandé par certains, est loin d'être, tel qu'il se présente à l'heure actuelle, la panacée française de la contraception ; trop de saignements anormaux, trop de douleurs, d'expulsions, de possibilités de grossesse, pour rassurer l'exigeante clientèle de nos cabinets médicaux. Même en France, le stérilet restera le contraceptif des analphabètes au sens très large du mot. (Marie-André Lagroua Weill-Hallé, citée dans Maillard 1970, p. 101)

Les effets secondaires du stérilet sont trop importants et dangereux pour être envisageables pour la majorité des femmes, bien sûr – mais ils ne posent pas de problèmes pour les plus dominées. S'intéresser au stérilet permet par ailleurs de rejoindre une autre ligne de fracture qui touche à la contraception : la question de la race.

En effet, dans les années 1960 le stérilet n'est pas uniquement le contraceptif des « analphabètes » – il est également, et même d'abord, celui des pays de ce que l'on appelle à l'époque le « tiers-monde ». Les études postcoloniales se sont intéressées à cette utilisation du stérilet, d'abord limitée aux femmes du Sud et qui se diffuse alors que la décolonisation est en marche. Selon la chercheuse états-unienne Chikako Takeshita, il s'agit alors, pour les médecins néomalthusiens du Nord, de trouver un moyen efficace de faire baisser les taux de fécondité des pays du Sud, dont les femmes sont considérées comme « pas assez éduquées ou motivées pour prévenir les grossesses en prenant la pilule contraceptive, qui exige le respect d'un calendrier strict et une prise quotidienne » (Takeshita 2015, p. 111). Elle avance ainsi que le stérilet est une méthode de contraception qui assimile l'utérus à « un territoire à occuper et à contrôler afin de réguler les femmes qui “surprocréaient” » (*Ibid.*, p. 112). L'« occupation » se fait alors au risque de la santé de ces femmes mises ainsi sous contrôle, susceptibles non seulement de souffrir mais également, du fait de la dangerosité des dispositifs testés, d'être rendues stériles (voire de mourir). Le scandale du Dalkon Shield, stérilet qui fit plusieurs victimes

aux États-Unis au début des années 1970, avant d'être retiré de la vente en 1974 (Tone 2001, p. 276 et suivantes), n'a pas connu d'équivalent dans les pays du Sud, et l'on ignore les conséquences de l'utilisation de tels dispositifs pour les femmes (Takeshita 2015, p. 113). Ce constat doit cependant être nuancé, comme le montrent les travaux de l'historienne Nicole Bourbonnais sur la mise en place de programmes de contrôle des naissances dans les Caraïbes entre 1930 et 1970. Ainsi que le souligne la chercheuse, les politiques mises en place dans les pays du Sud doivent être analysées à l'échelle locale plutôt qu'à la seule échelle internationale. Un même programme pouvait ainsi être décliné très différemment d'un endroit à l'autre, « utilisé dans une ville pour encourager l'utilisation de stérilets expérimentaux pour les femmes et dans une autre ville, pour créer des centres d'éducation sexuelle localement demandés par les parents » (Bourbonnais 2015 ; voir également Bourbonnais 2016). Elle montre que la dimension coercitive ou au contraire émancipatrice d'une campagne est déterminée à plusieurs niveaux, et non pas simplement à celui de l'État ou des organisations internationales.

Ce constat est également juste au sein des pays occidentaux eux-mêmes. D'abord avec les femmes immigrées, comme on aura l'occasion d'y revenir (sur une période postérieure, voir par exemple Bretin 1990). Mais c'est également le cas en dehors de la métropole – or peu de travaux se sont encore penchés sur ces espaces. C'est le cas d'un ouvrage récent, consacré par l'historienne Françoise Vergès à la gestion du *Ventre des femmes* à La Réunion (Vergès 2017). Son analyse est principalement basée sur la presse et des textes politiques, et ne donne que peu la parole aux acteurs et actrices de l'histoire qu'elle raconte, empêchant une analyse fine des différentes dimensions de l'action de l'État à La Réunion. Son travail permet néanmoins de mettre au jour le fait que l'État français distingue dans les années 1960 les femmes qui doivent se reproduire – en métropole – de celles qui doivent éviter de le faire – dans les DOM. Ce contrôle de l'État sur les corps et les destins féminins passe en métropole par l'interdiction de la contraception (jusqu'à la loi Neuwirth) et à La Réunion non par le stérilet mais par la distribution du Depo-Provera, contraceptif par injections de longue durée (plusieurs mois) aux effets secondaires négatifs très importants (*Ibid.*, p. 204). Ainsi, la race participe bien de la détermination de l'accès et du choix contraceptif – mais également potentiellement de la contrainte contraceptive (quand ce ne sont pas les stérilisations forcées, dont Françoise Vergès fait également état).

Si la libéralisation de la contraception gagne progressivement une forme de légitimité et du terrain dans le débat public, c'est donc uniquement pour certaines femmes (en particulier les femmes mariées et déjà mères) que cette légitimité s'accompagne d'une forme nouvelle de liberté, qui pourrait potentiellement entraîner une « liberté sexuelle » vécue positivement.

3 Conclusion

Les connaissances sur la contraception, mais également sur la sexualité, restent au tournant des années 1960 largement segmentées selon le sexe. Ce sont à la fois le manque d'information sur les méthodes contraceptives existantes et le manque d'accès à des méthodes plus efficaces qui expliquent

la « peur au ventre » encore largement ressentie, et pas uniquement par les femmes, lors des rapports hétérosexuels.

Les prises de position et débats publics, basés d'abord sur le registre de l'indignation – en particulier en ce qui concerne les conséquences de la crainte de la grossesse sur la sexualité et donc le couple – auront finalement des effets au niveau législatif. Les débats autour du vote de la loi Neuwirth ont été restitués par Janine Mossuz-Lavau (2002, p. 15-86). Ils opposent d'un côté une partie de l'Union des démocrates pour la V^e République (principale force de droite gaulliste), qui refuse la contraception au nom d'un « droit à la vie », d'un autre une fraction de la droite et du centre favorable à la proposition de loi par pragmatisme, et enfin les député-e-s de gauche, qui soutiennent de leur côté la réforme au nom du « progrès social ». La loi est votée en décembre 1967, mais il faudra attendre plusieurs années avant que les décrets n'en soient publiés (Chauveau 2003), et 1974 pour qu'une seconde loi libéralise de manière plus complète l'accès à la contraception (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel 2012).

Cependant, alors que la pilule n'est pas encore légale, les années 1960 voient se développer une situation paradoxale, où la demande contraceptive qui émerge rencontre des méthodes, produits ou dispositifs dont « aucun ne donne pleine satisfaction », à savoir ne réunit les « diverses qualités demandées à un contraceptif : sécurité, simplicité, prix modéré, maintien intégral du plaisir sexuel [dans la perspective d'une vie de couple harmonieuse] » (Sauvy 1962, p. 39). Que sont alors, dans cette société où les mœurs commencent à évoluer, les expériences individuelles de la sexualité ? Pour le savoir, il faut se tourner vers les pratiques contraceptives mises en œuvre par les hommes, les femmes ou les couples pour éviter d'avoir des enfants au milieu du XX^e siècle et jusqu'au début des années 1970, avant que ne s'étende la « révolution de la pilule » (Rebreyend 2008b).

Chapitre 4. Une maîtrise masculine pour une harmonie conjugale ?

La législation restrictive de la France, toujours soumise au début des années 1960 à la loi de 1920 qui interdit la promotion et la distribution des méthodes contraceptives, explique l'une de ses particularités. La France demeure un pays où le retrait est largement majoritaire et où, du fait de leur interdiction, les autres méthodes sont méconnues et continuent, lorsqu'elles le sont, à provoquer « répugnance » et « gêne », comme en témoigne déjà Simone de Beauvoir en 1949 :

La jeune femme a des répugnances à vaincre avant de traiter son corps comme une chose : pas plus qu'elle n'acceptait sans un frisson d'être « percée » par un homme, elle ne se résigne à être « bouchée » pour satisfaire aux désirs d'un homme. Qu'elle se fasse sceller l'utérus, qu'elle introduise en elle quelque tampon mortel aux spermatozoïdes, une femme consciente des équivoques du corps et du sexe sera gênée par une froide préméditation : il y a beaucoup d'hommes aussi qui considèrent avec répugnance l'usage des préservatifs. (Beauvoir 1976 [1949], p. 166)

Toutes ces méthodes paraissent en fait aller à l'encontre d'une sexualité « naturelle » telle que se la représentent les individus, alors même qu'elles se développent et se diffusent ailleurs, parfois depuis plusieurs décennies.

C'est le cas aux États-Unis : si la pilule contraceptive y est sur le marché depuis 1960 (sur le sujet voir Tone 2001 ; Marks 2001), ce sont auparavant les préservatifs, mais aussi les diaphragmes, les spermicides et les pessaires, qui ont permis d'éviter les naissances. Une enquête menée dans les années 1950 à Chicago et Cincinnati sur une centaine d'hommes et de femmes appartenant aux classes populaires indique, par exemple, que le retrait est parmi les méthodes les moins utilisées (avec les suppositoires vaginaux, les tablettes vaginales et la gelée vaginale). D'autres au contraire sont très répandues, comme le diaphragme, le préservatif, la douche et le système des rythmes (Rainwater, 1960, chapitre 8). Pour l'Angleterre, l'enquête de Simon Szreter et Kate Fisher, qui porte sur la sexualité de personnes issues des classes moyennes et populaires anglaises (résidant dans le Lancashire et l'Hertfordshire) au cours du premier XX^e siècle, dénombre de son côté les méthodes utilisées au cours de leur vie conjugale, seules ou simultanément, par leurs enquêté·e·s. Ainsi, 58 % déclarent avoir pratiqué le retrait ; mais ce sont aussi 58 % des individus qui disent avoir utilisé des préservatifs, 17 % des capes ou diaphragmes, 10 % des pessaires, et 16 % qui disent avoir essayé d'avorter. De plus, 46 % des personnes interrogées mentionnent des périodes d'abstinence (Szreter et Fisher 2010, p. 231). Ailleurs qu'en France, des méthodes relativement sûres existent donc.

Nous ne disposons malheureusement pas de données chiffrées fiables sur la France avant la légalisation de la pilule, mais si des résistances perdurent, des « pratiques anticonceptionnelles » – selon l'expression employée par Jacques Derogy dans son célèbre essai en faveur de la contraception, *Des enfants malgré nous* (1956, p. 150) – y ont néanmoins également cours. L'enquête Simon, menée

en 1970, nous permet de savoir que, un peu plus de deux ans après le vote de la loi Neuwirth mais alors que les décrets d'application ne sont pas encore tous parus, 54 % des hommes et 50 % des femmes ont déjà utilisé la méthode du retrait, loin devant le préservatif (33 % et 23 %), la méthode Ogino (15 % et 14 %), la pilule (11 % et 9 %) et la méthode des températures (7 % pour les deux). Les crèmes, gels, diaphragmes, capes, pessaires et le stérilet ont quant à eux tous un taux d'utilisation inférieur ou égal à 2 % (Simon et al. 1972a, p. 331). Avant la légalisation de la contraception, les méthodes qui semblent avoir été plébiscitées sont des méthodes dites « masculines », c'est-à-dire prises en charge par l'homme (retrait ou préservatif), déjà utilisées au moins une fois par 60 % de la population – alors que seulement 30 % des individus avaient déjà eu recours à une méthode gérée à deux ou par la femme. La question du genre de la responsabilité contraceptive est donc cruciale pour comprendre l'état, puis les évolutions, de l'utilisation en France de méthodes anticonceptionnelles.

Mais ces méthodes diverses dessinent aussi les contours d'une certaine sexualité. Si celle-ci est bien sûr marquée par la crainte de la grossesse (voir chapitre 3), on peut s'interroger : est-ce tout ce qu'il y a à dire sur la sexualité antérieure à la légalisation des méthodes médicales de contraception ? L'historienne Hera Cook, dont l'ouvrage au titre oxymorique *The Long Sexual Revolution: English Women, Sex, and Contraception 1800-1975* vise à « décrire à quel point la régulation des naissances a nécessité de la part d'individus en pleine santé une modification de leur comportement sexuel, mais aussi des rôles de genre endossés au cours de l'activité sexuelle¹ » (2004, p. 55), semble bien pencher pour une réponse négative concernant l'Angleterre. Qu'en est-il dans le cas français ?

Il faut noter également, avant de s'intéresser aux méthodes contraceptives existantes, qu'à cette période les pratiques sexuelles évitant une possible fécondation ne semblent pas avoir été aussi répandues qu'aujourd'hui. Le cunnilingus paraît peu connu et pratiqué ; la fellation est généralement associée à la prostitution, de même que la pénétration anale. Certes, les pratiques changent progressivement. L'enquête Simon rapporte ainsi que l'*expérience* des caresses buccogénitales « est assez répandue », pour nuancer immédiatement en ajoutant que la *pratique*, elle, « est cependant assez peu courante » (Simon et al. 1972a, p. 245). En effet, seuls 22 % des hommes et 17 % des femmes disent les pratiquer « fréquemment ou assez souvent² » (*Ibid.*, p. 710-713). Selon les récits étudiés par Anne-Claire Rebreyend, c'est la fellation qui commence la première à devenir envisageable dans le cadre du couple, même si elle demeure suffisamment rare pour être systématiquement mentionnée dans les journaux intimes analysés lorsqu'elle a lieu (Rebreyend 2006, p. 453). La chercheuse note par ailleurs que ce sont toujours les hommes qui abordent les pratiques buccogénitales – elles n'apparaissent

¹ “Much of this book is devoted to describing the extent to which birth control required modification of the sexual behaviour of healthy individuals, and of gender roles in physical sexual activity.”

² Cependant, la question ne porte pas spécifiquement sur la fellation ou le cunnilingus, mais sur « l'échange de caresses mutuelles avec la bouche ». Même s'il est ensuite demandé aux enquêtés si ils/elles sont « parvenus à au plaisir dans cette position », la question n'est pas assez précise pour distinguer précisément fellation et cunnilingus.

jamais dans les récits féminins. L'effet de génération est particulièrement fort : en 1970, près des trois quarts des 20-29 ans ont déjà eu des rapports buccogénitaux, contre seulement moins de la moitié des 50 ans et plus (Simon et al. 1972a, p. 245). Ces pratiques ne concernent par ailleurs pas toute la population, mais majoritairement « les personnes ayant poursuivi des études, habitant dans les grandes villes, non-pratiquantes ou pratiquantes occasionnelles » (*Ibid.*, p. 246). C'est également le cas pour la pénétration anale, que par ailleurs seul-e-s 19 % des hommes et 14 % des femmes déclarent avoir déjà pratiquée, et dans la moitié des cas seulement une ou deux fois (*Ibid.*, p. 250 et 714-715). Ces pratiques ne se substituent néanmoins pas à la pénétration vaginale, qui reste considérée comme le centre du rapport sexuel – d'où le besoin d'une contraception efficace (voir également chapitre 9).

Pour comprendre ces résultats, étudier la pratique contraceptive en tant qu'enjeu pour la construction de la masculinité est indispensable. Mais il faut également aborder la question de la naissance de la responsabilité féminine, souvent uniquement associée au moment de la médicalisation de la contraception, alors que la régulation des naissances par les femmes s'inscrit dans un mouvement de plus long terme qui interroge la féminité ainsi que le rapport féminin à la sexualité, au désir et au plaisir.

1 La contraception, une compétence principalement masculine ?

Dans le cas du Royaume-Uni des années 1920 aux années 1960, Kate Fisher a proposé l'idée d'une « culture masculine de la contraception » (Fisher 2000, p. 175), où les hommes tiennent le premier rôle dans le principal mode de contraception de l'époque, à savoir le retrait. La mise en pratique de celui-ci implique non seulement une responsabilité, voire une compétence technique masculine, mais aussi un investissement identitaire qui inscrit ce geste dans des modèles de genre et, en particulier, dans une représentation de la masculinité comme maîtrise de soi. La chercheuse britannique a clairement mis en évidence cette centralité de la responsabilité masculine en s'intéressant au rôle, souvent négligé, du mari dans les stratégies et les pratiques contraceptives des couples – alors que beaucoup d'études s'étaient auparavant concentrées sur les femmes. Ainsi qu'elle l'écrit, « prendre la responsabilité des choix contraceptifs s'inscrivait dans le mouvement qui faisait que les hommes occupaient le rôle central dans l'activité sexuelle³ » (*Ibid.*, p. 177). Michel Oris (2007) parle de son côté de « transition au masculin », pour souligner le rôle des hommes dans la transition démographique (du *baby-boom* au *baby-bust*) qui commence à se produire à partir du milieu du XX^e siècle (c'est-à-dire avant la diffusion de la contraception hormonale).

³ «Taking responsibility for contraceptive choices fitted into a dynamic in which men took the central role in sexual activity.»

Mais d'autres chercheuses remettent en cause cette idée d'une transition « au masculin » en s'appuyant sur le développement, à partir du début du XX^e siècle, du « compagnonnage⁴ » au sein du mariage et en arguant que « ce type de relation plus égalitaire favorise les discussions sur la sexualité et le contrôle des naissances au sein des couples mariés, en particulier en Angleterre et en France » (Rusterholz et Praz 2016, paragr. 23). Ce constat les incite à pencher plutôt pour une « transition au féminin », dans laquelle c'est bien les femmes qui auraient été à l'origine des évolutions en matière de fécondité.

Plutôt qu'une transition purement « au masculin » ou « au féminin », le cas français illustre la mixité de cette transition. On passe en effet progressivement, à la faveur du développement de méthodes médicales de contraception puis des revendications féministes, d'une *compétence masculine* à une *responsabilité féminine*. En France, l'implication des hommes semble en effet particulièrement importante au moins jusqu'aux années 1970, voire 1980 (Oris 2007, p. 34). Cette implication masculine se vérifie dans la pratique du retrait, mais aussi parfois à travers le recours au préservatif, et semble relever d'une forme de masculinité hégémonique (Connell 2014), comme on va le voir.

1.1 Une charge pour les hommes qui confère un pouvoir sur les femmes

Parmi les plus utilisées, deux méthodes semblent être principalement « masculines », c'est-à-dire concerner le corps ou la pratique des hommes. Avant de revenir plus en détail sur les représentations de la masculinité qui vont de pair avec une « contraception masculine », il faut déterminer ce qu'implique, pour la sexualité des hommes et des femmes, l'utilisation du retrait ou du préservatif.

1.1.1 Le retrait : compétence masculine et frustration partagée

L'enquête Simon l'indique (voir *supra*), la méthode la plus utilisée en France dans les années 1960-1970 est le retrait. C'est également l'avis des professionnel-le-s de santé que l'on interroge à ce sujet, comme dans le cadre de l'enquête de *Clair Foyer* : « Selon les régions, on parle de 60, 80, 92, 98 % de couples qui l'utilisent habituellement – d'autres seulement dans certains cas (période féconde, cycle très long, etc.). On lui attribue 20 % d'échecs. » (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 277). Même si la fiabilité des chiffres avancés peut être mise en doute, cette prévalence de l'utilisation du retrait se donne déjà à voir dans la langue.

Une grande variété de termes est utilisée dans les documents et dans les entretiens pour faire référence au retrait, dont beaucoup relèvent, comme souvent, de la métaphore (Bozon 2001b, p. 5). C'est en effet le cas pour les expressions qui désignent le retrait. Certaines restent particulièrement allusives, voire euphémisées, et leur sens ne se comprend que dans un contexte très précis : « faire attention », « se gêner ». Ces expressions étant très vagues, elles semblent moins difficilement employables pour les

⁴ Pour reprendre un terme largement utilisé par les historien-ne-s travaillant sur la période et qui, bien que multifacettes, est à comprendre comme un mariage dans lequel les relations entre homme et femme tendent à devenir plus égalitaires (pour un point historiographique sur la question, voir Szepter et Fisher 2010, p. 34-44).

femmes, surtout dans un contexte d'interaction sexuelle. Du point de vue masculin, elles soulignent plutôt les conséquences de cette pratique sur la subjectivité, le retrait empêchant un relâchement total de l'homme au cours de l'acte sexuel. D'autres expressions insistent quant à elles sur l'interruption du script considéré comme « normal » qui résulte de cette technique : « ne pas faire son affaire complètement », « ne pas aller au bout », « interrompre », ou le plus imagé « sauter en marcher », que l'on retrouve ailleurs avec des variantes locales⁵. Certaines expressions relèvent enfin du registre argotique, comme « arroser le persil », expression qui signifie d'abord « faire l'amour », mais dont le sens se modifie à partir des années 1960 pour désigner le fait d'éjaculer soit prématurément, soit, comme cela peut être le cas lorsque le retrait est pratiqué, « dans les poils du pubis », auxquels le persil est assimilé⁶ (Amerlynck 2006, p. 144). La multiplicité des expressions, mais également des registres, témoigne ainsi de l'appropriation par les individus de la pratique du retrait – et de la nécessité pour chacun et chacune d'avoir les mots pour dire cette pratique.

Cette centralité du retrait, qui fait de la sexualité une sexualité *contraceptive* avant même que d'être *contraceptée*, s'observe à tous les stades de la vie sexuelle et conjugale. C'est par exemple le cas lors des relations de jeunesse, qui peuvent précéder le mariage. Lorsque je l'interroge sur ses premières relations, Simone⁷, qui a fait des études de mathématiques, m'explique avoir « fait confiance » à ses partenaires : « les copains quand même avec qui j'étais c'étaient des scientifiques ils étaient gentils, je leur faisais confiance en gros hein ». De même, Brigitte⁸ se souvient que son petit ami « sautait en marche, comme on disait à l'époque ». L'utilisation du retrait allait donc de soi et restait souvent implicite, comme l'explique Simone qui peine à se remémorer précisément le type d'interactions qui pouvait précéder l'acte sexuel :

On n'en discutait pas avant. C'était sûr... Ou je disais peut-être « Tu vas faire attention »... Ou alors il disait, c'était l'homme qui disait « Je vais faire attention ». La plupart du temps c'était l'homme qui disait « Je vais faire attention ». Si il était gentil : « N'ait pas peur, je vais faire attention ».

Dans le cadre du mariage, du moins jusqu'à l'arrivée de la contraception médicale, c'est également le retrait qui semble avoir été le plus utilisé, comme le souligne Agnès Fine à la fin des années 1970, en notant également l'importance de l'abstinence :

Le moyen le plus radical que l'on entend souvent évoquer dans les enquêtes orales c'est « la chambre à part » ! Mais le plus répandu fut sans doute le coïtus interruptus.

⁵ Simon Szreter et Kate Fisher rapportent ainsi que pour les personnes interrogées dans la ville de Blackburn, l'expression consacrée était « descendre à Mill Hill », du nom de la dernière station de banlieue précédant l'arrivée dans le centre urbain (2010, p. 239) ; ils font également le parallèle avec les travaux d'une autre historienne sur la ville de Cleveland, où les enquêté-e-s évoquent, de leur côté, une « descente à Loftus », une commune limitrophe (Williamson 2000).

⁶ Des déclinaisons de cette expression, comme « arroser le cresson », sont également utilisées, car « en français argotique, il existe une matrice métaphorique qui associe les plantes touffues et les feuilles de salade à la toison pubienne de la femme » (Amerlynck 2006, p. 69).

⁷ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

⁸ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

Le fait est que lorsqu'un couple est décidé à n'avoir plus d'enfants il en prend les moyens. (Fine-Souriac 1978, p. 177)

Paulette⁹, qui s'est mariée à 17 ans pour échapper à une mère maltraitante, explique elle aussi qu'ils ont été « obligés de faire attention » même après le mariage « parce que autrement on remplissait la maison ». Son mari pratiquait donc le retrait, et même si la situation pouvait être difficile pour elle comme pour lui, ils n'avaient pas le choix : « C'était ça ou avoir des gosses ».

Le retrait présentait plusieurs avantages. D'une part, c'était la solution souvent vue comme la plus « naturelle, hygiénique et sans risque » (Fisher et Szreter 2003, p. 278). Il avait cet avantage qu'il n'impliquait pas de toucher les parties considérées comme « sales » du corps avec des objets ou des gels. Pour éviter les objets qui s'insèrent dans l'acte et la préméditation de celui-ci (avec les diaphragmes et éponges, que l'on peut insérer par avance), le retrait semble effectivement la seule solution qui reste avec l'abstinence périodique. Cette pratique s'insère donc dans des représentations de la sexualité spécifiques, qui semblent être en cours tant dans l'Angleterre des années 1920 à 1960¹⁰ que dans la France du milieu du XX^e siècle. Dans la mesure où il s'agit d'une méthode dans la majeure partie prise en charge par les hommes, elle va de pair avec une responsabilité de leur part : la décision peut alors reposer entièrement sur le mari (Fisher 2000, p. 184), parfois au détriment de la femme. C'est par exemple ce que raconte Huguette Morière, enceinte en 1938 de son petit ami, et qui se fiance alors immédiatement avec lui :

Lorsque j'en parlais avec mon fiancé, de ce bébé, il me disait en me serrant bien fort contre lui, qu'il l'avait un peu voulu, pour hâter notre mariage.
Il était las d'être seul, sans famille, mais une fois mariés, plus question. Il savait s'y prendre. (Morière 1979, p. 31)

Si cette grossesse précoce dans leur relation n'a été qu'« un peu » voulue, le fiancé en prend immédiatement la responsabilité – et promet que cela n'arrivera plus, car un homme sait éviter cela. On retrouve ce pouvoir masculin dans le récit d'Aline¹¹, une enquêtée plus jeune, qui se remémore les récriminations de sa grand-mère à l'égard de son grand-père :

Tu vois, moi par exemple je sais que ma mère, ma grand-mère la voulait pas, et c'est mon grand-père qui lui a fait un gamin... bah pas dans le dos, pour le coup, mais... (rire) Mais enfin voilà, moi j'ai toujours entendu mes grands-parents se disputer, mais j'ai toujours entendu ma grand-mère dire ouvertement à ma mère « T'étais pas prévue pour cette année-là, et c'est ton grand-père qui t'a voulue », quoi ! [...] Elle a toujours dit à ma mère, très honnêtement : « T'étais pas prévue au programme », enfin « T'étais pas prévue dans *mon* programme ! ».

Cette responsabilité contraceptive masculine peut ainsi s'apparenter à une forme de pouvoir, d'expression de la domination masculine (Tain 2015), car ce sont les hommes qui décident en dernière

⁹ Cuisinière retraitée, 84 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

¹⁰ On trouve les mêmes représentations d'une sexualité idéalement « spontanée, normale et naturelle » parmi les enquêtés anglais de Kate Fisher et Simon Szreter (2003, p. 287).

¹¹ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie).

instance de se retirer – ou non, et qui par conséquent « tiennent les femmes par la peur de l'enfant » (Thébaud 1991, p. 293).

Cependant, ce pouvoir masculin n'est pas nécessairement subi par les femmes, qui peuvent au contraire être soulagées que cette responsabilité ne leur échoie pas. Kate Fisher indique ainsi la centralité pour ces dernières d'une respectabilité qui passe par le maintien d'une certaine représentation de la féminité, incompatible avec des préoccupations d'ordre sexuel – d'où la nécessité de déléguer cet aspect à leur partenaire (Fisher 2000, p. 189). On retrouve dans l'enquête de *Clair Foyer* un semblable accommodement des femmes françaises au retrait, accommodement justifié par une forme de « pudeur » chez les plus jeunes, mais également chez d'autres, selon le couple qui en rend compte, par la « négligence » :

[Les femmes] apprécient un procédé qui ne leur demande ni effort, ni discipline, ni mémoire. Les plus jeunes sont encore « bridées par la pudeur » et n'osent pas demander une autre méthode. Les négligentes préfèrent « faire confiance à leur mari ». (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 59)

« Faire confiance » reviendrait ainsi à reconnaître sa potentielle « négligence », là où c'est sans doute plutôt une représentation de la féminité détachée de la sexualité qui est en jeu. Quant aux hommes, assumer la responsabilité du retrait peut être assimilée à une charge qu'ils acceptent de porter pour leur femme ou partenaire : « N'est-ce pas parfois, à sa façon, un témoignage d'amour ? » (*Ibid.*, p. 278). Ainsi, la responsabilité masculine du retrait charrie à l'époque une double signification, à la fois pouvoir potentiel sur sa partenaire et charge prise pour et à la place de celle-ci – sans que sa nécessité pour soutenir les modèles de genre en place ne soit forcément interrogée.

Le retrait n'est cependant pas une solution idéale : non seulement il n'est pas parfaitement fiable et laisse les femmes dépendantes des hommes, mais en plus il n'est pas forcément satisfaisant. Les médecins André Barrau et Antoine Perrin soulignent au milieu des années 1960 que « beaucoup [de femmes] préféreraient une communion plus complète et déplorent que souvent la séparation brusque suspende l'orgasme » (1966, p. 59). Le récit de Monique¹², enceinte à 17 ans (et qui a avorté), illustre bien les problèmes concrets que posait le retrait concernant son propre plaisir sexuel :

Ça gâchait beaucoup les choses hein, le fait d'avoir peur, le fait de ne pas aller au bout hein ! Parce que le *coïtus interruptus* hein, si on n'est pas hyper rapide, et j'étais pas hyper rapide... J'ai probablement jamais, avec lui [son premier partenaire], été au bout de... Je pense qu'avec le premier j'ai pas dû avoir d'orgasme vraiment. [...] Parce que je me souviens même une fois, où il me proposait de sortir. D'éjaculer et de revenir. C'est peut-être comme ça que je me suis retrouvée enceinte, parce que c'est effectivement pas terrible, mais bon c'est vrai que... Du point de vue de la sexualité, c'était pas... Pour les femmes, le *coïtus interruptus*... C'est peut-être frustrant pour les hommes de sortir, mais pour les femmes...

¹² Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

Ainsi, pratiquer le retrait peut empêcher d'atteindre l'orgasme et être donc un obstacle au plaisir féminin, même si la crainte d'une grossesse n'empêche pas d'avoir des rapports. Cela peut aussi mener, comme dans le cas de Monique, à adopter des pratiques qui semblent plus sûres mais se révèlent tout aussi risquées en ce qui concerne une éventuelle grossesse.

La pratique systématique du retrait peut en outre modeler toute la sexualité d'une manière négative, comme dans le cas d'Elizabeth A. :

Je ne pouvais plus supporter d'être abandonnée à mi-chemin. Il m'arrivait de piquer des crises de larmes terribles parce qu'il n'était pas allé jusqu'au bout. Je voulais qu'il aille jusqu'au bout. [...] Et lui continuait à se retirer. Même dans les périodes où je ne risquais rien ! J'en venais à ne même plus supporter ses caresses. (Elizabeth A., 53 ans, enseignante, divorcée, deux enfants, citée in Droit et Gallien 1974, p. 158-159)

Cette peur de provoquer une grossesse que l'on perçoit de la part de son partenaire ne paraît pas avoir été une chose rare. La frustration féminine est ainsi une des conséquences d'une crainte qui semble en fait partagée avec les hommes, du moins dans le cadre des couples mariés. Comme on le voit avec Solange K., le retrait est bien tout autant une charge qu'un pouvoir :

Il avait très peur de me mettre enceinte. [...] Alors il interrompait toujours nos rapports très très vite. Quand par hasard il ne me faisait pas mal, il se retirait au bout de quelques minutes. Et j'ai passé cinq ans de ma vie avec cet homme ! Je dois dire que le plaisir sexuel avec lui était quelque chose de très rare, de minuscule, d'inconnu oui, pour moi. (Solange K., 33 ans, publiciste, divorcée, citée in Droit et Gallien 1974, p. 203)

La conséquence pour Solange K. est donc un plaisir sexuel « rare », « minuscule », « inconnu », et donc une frustration sexuelle importante. Ainsi, et même s'il n'est pas directement à l'origine de toutes les difficultés sexuelles, le retrait joue sur le plaisir ressenti par les femmes. Cela peut aussi être le cas dans la mesure où elles projettent le fait que cette méthode va frustrer leur partenaire. La focalisation des discours autour de ses effets négatifs sur le plaisir masculin s'explique largement par une absence de prise en compte de celui des femmes – qui pourtant existe bien.

Le retrait est également susceptible d'avoir des conséquences négatives plus larges sur la sexualité. André J., peintre de 38 ans séparé et père de deux enfants, revient sur ses rapports sexuels des années 1960, avec son ancienne compagne. Il est pour lui évident que le fait de pratiquer le retrait et « éventuellement le préservatif, qu'[il] n'aimai[t] pas tellement [...] s'est ajouté à tout le reste pour contribuer à l'échec de [leur] vie sexuelle parce qu'en fin de compte [ils n'ont] pas eu beaucoup de coïts normaux » (cité in Droit et Gallien, 1974, p. 239). Cette idée de la « normalité » est d'ailleurs intéressante, en ce qu'elle sous-entend l'existence d'une sexualité autre et, donc, « normale », dont on se demande qui elle concerne¹³ (alors que la diffusion de la contraception médicale commençait à peine à la période qu'il raconte). Le fait que le retrait empêche d'avoir une sexualité « normale », semblable à

¹³ Anne-Claire Rebreyend retrouve dans ses témoignages écrits cette même « obsession » pour la « normalité » dans la période de diffusion de la contraception médicale (2010b, p. 155).

celle des « autres », paraît compter autant dans son rejet que les frustrations qu'il est susceptible de provoquer. L'émergence d'une centralité de la « normalité » est à situer dans le cadre d'une ouverture progressive de la parole sur la sexualité, qui permet de comparer la sienne à celle des autres et pose les bases du développement d'une réflexivité sexuelle (Bozon 2009a ; voir *infra*). Cette préoccupation de la norme, ou plutôt du « normal », est également perceptible dans ce témoignage :

Alors il n'y avait qu'une solution, il fallait arroser le persil. Il fallait que je me retire de ma femme avant que ça parte. Sinon c'était pas cinq gosses que j'aurais eus, c'est un gosse tous les dix mois, oui. Y avait vraiment que ça à faire ! J'arrosais le persil ! Mais il ne faut pas croire que c'est agréable ! Je crois même que c'est ce qui faisait que je revenais souvent à la charge. Il faut comprendre : de me retirer à chaque fois ça me faisait des actes qui n'étaient pas accomplis complètement. Quand on fait la chose normalement et entièrement, on a moins envie de recommencer. On revient moins à la charge. En tout cas, on y revient avec moins de rogne, avec moins de rage. C'est ce que je crois, moi. Mais si on n'a pas pu faire son affaire, complètement, on se sent un peu lésé, quoi ! Je me disais que les autres étaient certainement plus gâtés que moi. J'étais assez étonné que d'autres trouvent leur plaisir à faire l'acte avec leur femme et que moi j'en trouve aussi mais pas tellement autant qu'eux. » (Bernard B., 42 ans, agent EDF, marié depuis vingt-deux ans, cinq enfants, cité in Droit et Gallien 1974, p. 40)

Les désagréments du retrait pour la sexualité de Bernard B. sont doubles. D'une part, ce n'est pas « agréable » de ne pas avoir un rapport « complètement » accompli – « normalement », donc. D'autre part, et c'est en lien, cela crée selon lui, sur le long terme, une frustration sexuelle qui implique de revenir souvent « à la charge » et qui peut jouer sur les rapports conjugaux et non pas simplement sur la sexualité. En effet, les termes employés (« revenir à la charge », « rogne », « rage ») laissent envisager une potentielle forme de violence dans ses tentatives d'avoir avec son épouse des rapports sexuels. Le plaisir masculin est aussi minimisé par cette pratique, et ce sont donc surtout les conséquences sur la sexualité conjugale qui sont présentées comme problématiques. C'est d'autant plus le cas que, la sexualité étant un sujet qui est peu ou pas discuté, si ce n'est sous la forme de plaisanteries, Bernard B. a l'impression de ne pas trouver autant de plaisir que « d'autres » dans la sexualité. Là aussi, la sexualité « bridée » par la contraception vient s'opposer à des actes accomplis « normalement et entièrement », donc à une sexualité sans contraception masculine qui serait à la portée des autres – mais pas à la sienne.

Si le retrait est la méthode de régulation des naissances utilisée de manière principale, il ne faut pas négliger une autre méthode masculine déjà présente : le préservatif masculin.

1.1.2 Le préservatif masculin, un « objet de luxure¹⁴ » délaissé ?

Les recherches menées aux États-Unis ou en Grande-Bretagne montrent que le préservatif externe, ou préservatif masculin, même s'il n'était pas utilisé de manière généralisée, était une option contraceptive possible et régulièrement choisie. Dès le début du XX^e siècle, on remarque grâce aux travaux de Simon Szreter et Kate Fisher que le préservatif est accessible et utilisé en Grande-Bretagne :

¹⁴ Barrau et Perrin 1966, p. 13-14.

selon les chercheurs/ses, les hommes interrogés dans le Hertfordshire (toutes classes sociales confondues) utilisent plutôt le préservatif que le retrait (2010, chap. 6). Les préservatifs du début du siècle, épais et réutilisables, avaient l'avantage d'éviter aux hommes la gêne de devoir en racheter régulièrement. Mais, selon les historien-ne-s, c'est la disponibilité de différents types de préservatifs dans cette partie du pays à partir des années 1930 qui est cruciale (il y devient par exemple plus facile de se procurer des préservatifs en latex, importés des États-Unis). C'est en particulier à partir des campagnes marketing des années 1950 sur les préservatifs en latex pré lubrifiés que l'usage de cette méthode commence à se généraliser – même si ces derniers n'ont représenté plus de la moitié du marché qu'à partir de 1963. Cette innovation à la fois technique et marketing a ainsi progressivement permis la diffusion du préservatif. C'est aussi ce que souligne l'historienne Andrea Tone dans son travail sur l'invention et la commercialisation des contraceptifs aux États-Unis. Dès les années 1920, la mise au point du préservatif réutilisable, plus fin, va permettre une démocratisation de son utilisation, qui se reflète dans le marketing se développant autour de l'objet :

Le nouveau préservatif américain était emballé de manière élégante. Camouflés dans de petites boîtes d'aluminium et d'étain imitant les étuis à cigarettes, les préservatifs pouvaient être dissimulés dans une poche masculine, indétectables et prêts à l'utilisation¹⁵. (Tone 2001, p. 184)

La diffusion du préservatif a bien lieu, mais elle reste uniquement destinée aux « poches masculines ». Aux États-Unis, justement, le sociologue Lee Rainwater indique dans son étude, menée à la fin des années 1950 sur 46 hommes et 50 femmes de Chicago et de Cincinnati appartenant aux classes populaires (et intitulée avec résignation : *And the Poor Get Children. Sex, Contraception and Family Planning in the Working Class*), que la moitié des couples étudiés qui sont « efficaces » contraceptivement parlant utilisent cette méthode. Elle a en effet l'avantage d'être gérée par l'homme, d'être un objet extérieur et dont on peut donc s'assurer de l'utilisation ; elle permet aussi de séparer matériellement les organes génitaux, ce qui est un avantage pour certaines femmes qui rejettent l'acte et le contact sexuel. Même si le préservatif interfère, selon les enquêté-e-s, dans le plaisir de l'homme, met la femme à la merci de son partenaire en cas de problème avec l'objet et est susceptible de casser, il reste une méthode efficace et à l'utilisation de laquelle il faut, parfois à contrecœur, se résoudre – d'où un manque d'enthousiasme malgré une utilisation large (Rainwater 1960, p. 150-153).

Qu'en est-il alors concernant la France ? Selon l'enquête Simon, en 1970 ce sont 33 % des hommes et 23 % des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels qui avaient déjà utilisé un préservatif (Simon et al. 1972a, p. 331). On remarque que ces chiffres semblent augmenter dans les générations les plus jeunes : parmi les hommes, un tiers des 20 à 49 ans a déjà utilisé un préservatif contre seulement un quart des plus de 50 ans. Parmi les femmes, ce sont 27 % des 20-29 et 29 % des 30-49 ans, contre seulement 12 % des plus de 50 ans (*Ibid.*, p. 798-799). Dans les deux cas, ces chiffres augmentent pour

¹⁵ “The new American rubber was suavely packaged. Tucked in small aluminum and tin boxes of fake cigarette cases, rubbers could be concealed in a man's pocket, undetectable and ready for use.”

les personnes ayant dépassé le niveau primaire lors de leurs études et, parmi les moins de 50 ans, lorsque les personnes habitent dans de grandes agglomérations (*Ibid.*). La question de la connaissance de l'existence et des modalités d'utilisation du préservatif, mais aussi celle de l'accès à celui-ci (et des possibilités de s'en procurer sans honte – voir *infra*), sont donc cruciales.

Dans les milieux étudiants, éduqués et urbains, le préservatif semble avoir été utilisé, même si les enquêtées peinent parfois à se le remémorer. En témoigne par exemple Simone¹⁶, étudiante en mathématique à la fin des années 1960 :

Simone : Oui, si il avait pas de préservatif, il se retirait. C'est-à-dire que si c'était impromptu, et qu'il avait pas son préservatif... Mais sinon, non, il avait son préservatif.

[...]

Enquêtrice : C'était répandu, quand même, à l'époque ?

Simone : (sourir) Je vous dis, moi j'ai juste ma petite expérience, mais dans mon milieu, oui. Oui oui, parce que j'avais affaire à des hommes responsables hein. J'avais affaire à des hommes responsables.

Simone ne mentionne cette utilisation du préservatif qu'en toute fin d'entretien, suite à une demande de ma part – auparavant, elle l'a occultée et n'a évoqué que le retrait, qu'elle ne présente pourtant plus ici que comme un second choix. La possibilité qu'un préservatif ait été utilisé à l'époque est peut-être oubliée du fait de l'association qui existe aujourd'hui entre cet objet et le VIH, alors qu'à l'époque la question ne se posait pas (comme dit Simone : « on attrapait des petits machins, mais enfin bon »). Par ailleurs, Simone parle en évoquant son partenaire de « son préservatif », et non pas d'« un » ou « du » préservatif. Celui-ci semble être véritablement un objet relevant de la responsabilité des hommes, et plus largement de la sphère masculine. Comme le souligne Brigitte¹⁷, « ça venait pas à l'idée de demander à un garçon de mettre un préservatif » ; c'est donc bien une initiative masculine qui préside à l'utilisation de l'objet.

Ce constat s'inscrit plus largement dans une responsabilité masculine de la sexualité que l'on retrouve lorsque l'on s'intéresse à la question de l'éducation à la sexualité : ainsi, près d'un demi-siècle plus tôt, on peut lire dans un essai intitulé *L'éducation sexuelle* (Paris, Alcan, 1918) et signée de la féministe Adrienne Avril de Sainte-Croix que « l'initiative et la responsabilité de la fonction de reproduction appartiennent à l'homme, c'est donc au jeune homme qu'il faut apprendre quels dangers pour lui et sa descendance il pourra courir » (citée dans De Luca Barrusse 2010, p. 170). Même si le contexte a bien changé, la responsabilité perdure et le préservatif peut être le moyen choisi par le « jeune homme » pour repousser ainsi qu'il le doit les « dangers » de la sexualité. Simone n'est par ailleurs pas la seule enquêtée à avoir utilisé des préservatifs lorsqu'elle était étudiante : c'est aussi le cas de Nicole¹⁸, qui souligne bien que ce sont ses partenaires, dont elles savaient qu'ils resteraient occasionnels (ils

¹⁶ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

¹⁷ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

¹⁸ Professeure en lycée professionnelle retraitée, 72 ans, célibataire, un enfant.

étaient majoritairement originaires d’Afrique : « ils allaient repartir en Afrique, moi j’allais rester en France »), qui se chargeaient là encore des préservatifs.

Cependant, l’utilisation du préservatif n’est pas l’apanage des milieux étudiants. Dans une des lettres reçues par *Clair Foyer*, une femme mariée donne ainsi ce conseil :

Je me permets de venir au secours de ces trop nombreux couples qui ignorent que la vie est digne d’être vécue, que le mariage est un Sacrement qui veut que des enfants viennent au monde, mais qu’il faut savoir s’arrêter quand on le veut. Et pour cela, un seul conseil, et le meilleur : « Employez les préservatifs ». (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 113)

Le préservatif peut donc représenter une solution même dans le cadre de la vie conjugale. Il a par ailleurs l’avantage de correspondre au partage de responsabilité que connaissent les couples dans le cadre du retrait, et qui fait du mari celui qui décide en dernière instance ce qui concerne la contraception. Cela apparaît clairement dans le témoignage suivant, recueilli au début des années 1960 par Marie-André Lagroua Weill-Hallé :

Mme X., femme d’un notaire de province, deux enfants. Son mari utilise un préservatif depuis six mois, et ne veut pas qu’elle utilise une autre méthode : « Mme X. : Sûrement pas, Docteur, mon mari est jaloux et autoritaire. Il estime que c’est lui qui commande à la maison et que c’est lui qui doit décider si l’on a un autre enfant ou pas et que la responsabilité, c’est à lui que cela incombe. Avec un préservatif, il est sûr de lui et de moi par la même occasion. » (Lagroua Weill-Hallé 1966, p. 144)

Si dans certains couples l’utilisation du préservatif peut s’inscrire dans le cadre d’un mariage sur le modèle du « compagnonnage¹⁹ », dans d’autres le préservatif masculin apparaît comme le moyen de maintenir, voire de renforcer, un contrôle masculin sur la reproduction du couple mais aussi sur la sexualité féminine (« il est sûr de lui et de moi par la même occasion ») – contrairement à une méthode sous responsabilité féminine, qui pourrait être utilisée avec un autre homme. C’est aussi ce que souligne Simone Iff, présidente du MFPPF de 1973 à 1981 : « Le condom peut convenir [...] à des hommes soucieux de dominer la femme et de conserver le pouvoir. » (Iff 1975, p. 113) Utiliser un préservatif peut donc contribuer à renforcer l’ordre du genre.

Cependant, ainsi qu’on a pu le voir grâce à l’enquête dirigée par le docteur Pierre Simon, ce ne sont qu’un tiers des femmes et la moitié des hommes qui ont *déjà utilisé* un préservatif masculin (ce qui est par ailleurs, il faut le souligner, bien différent d’une utilisation régulière). En effet, de nombreux reproches lui sont adressés tant par les hommes que par les femmes ; ce qui explique que dans les années 1960, malgré son efficacité globalement reconnue, il peine à se répandre.

¹⁹ Voir note 4.

En premier lieu, l'idée que le préservatif diminue le plaisir masculin semble assez répandue, quelle que soit d'ailleurs la période²⁰. Ainsi, il apparaît comme une méthode qui empêche une appréhension « naturelle » de la sexualité. C'est même « peut-être, de toutes les méthodes de contraception nécessitant un objet externe, celle qui est la plus “non naturelle”, même si elle est la plus simple, du fait de la barrière mécanique qu'elle interpose entre les organes génitaux²¹ » (Rainwater 1960, p. 153). Mais cette image peut être très différente en fonction des méthodes auxquelles le préservatif est comparé : quelques années plus tard, pour les enquêté-e-s suisses de Caroline Rusterholz et par rapport aux méthodes hormonales qui se répandent progressivement, le préservatif apparaît au contraire comme « une méthode naturelle de contraception, puisqu'il n'induit pas d'effets secondaires » (Rusterholz 2017, p. 406). La représentation du préservatif et de ses effets sur le plaisir dépend donc de ce à quoi on le compare. Mais pour les femmes aussi, il est susceptible d'empêcher le plaisir : « Quelques-unes se plaignent de ne pas sentir leur mari jouir en elles, et déclarent que le plaisir est incomplet lorsqu'elles ne perçoivent pas la projection du sperme. » (Barrau et Perrin 1966, p. 89) Par ailleurs, le préservatif a des effets sur le déroulement du script sexuel. Si, contrairement au retrait, cette méthode n'empêche pas d'aller jusqu'à l'éjaculation masculine pendant la pénétration, autorisant ainsi l'acte sexuel à « se dérouler complètement, par contre il ne permet pas à l'homme de s'abandonner à cette douce torpeur qui suit l'acte d'amour » (*Ibid.*, p. 87). Les réserves sont donc nombreuses et le préservatif reste considéré comme un pis-aller.

Ce sont néanmoins principalement les griefs des hommes (qui s'expriment le plus sur le sujet) qui semblent être entendus – soit que le plaisir féminin, ou plutôt sa diminution, soit inexprimable pour certaines femmes, soit qu'il n'intéresse pas celles et ceux qui rendent compte des effets du préservatif sur la sexualité, ou qu'ils et elles ne le prennent pas au sérieux. Ainsi, selon les médecins André Barrau et Antoine Perrin, cités ci-dessus, la plainte féminine n'est qu'un prétexte pour rejeter le préservatif au nom d'un motif autre :

On peut penser que cette critique travestit un sentiment de répulsion pour un objet réputé comme objet de luxure. [...] Il existe indiscutablement, en France tout au moins, des femmes qui refusent explicitement ou inconsciemment que leur mari utilise un préservatif, car elles auraient l'impression qu'il se conduit avec elles comme avec des prostituées. (Barrau et Perrin 1966, p. 89)

Le « sentiment de répulsion » des femmes ne peut donc pas venir d'une diminution de leur plaisir, mais bien plutôt uniquement de la peur de perdre en respectabilité en étant associées à des prostituées. Cette hypothèse s'appuie sur des représentations établies. En effet, dans les années 1960 le préservatif semble largement associé à la prostitution – si ce n'est dans certains espaces sociaux considérés comme plus libres, comme les milieux étudiants, mais qui demeurent limités. Dans le cas de

²⁰ Entre autres comparaisons, un enquêté interrogé par Simon Szreter et Kate Fisher assimile par exemple son utilisation à « manger des bonbons sans les déballer » (2010, p. 258).

²¹ “It is perhaps the most ‘unnatural’ of the appliance methods of contraception, in spite of being the simplest, because of the mechanical barrier it interposes between the genitals.”

couples mariés, son utilisation régulière est difficile à renseigner : « souvent les hommes n'osent pas l'employer avec leur épouse, parce que c'est un "objet de luxure", qui, en France, n'est guère utilisé qu'avec les prostituées » (*Ibid.*, p. 13-14). On peut s'interroger alors sur le mécanisme de construction de ce rapprochement.

Pour comprendre l'association entre préservatif et prostitution, il faut bien avoir en tête que le préservatif masculin est, du fait de ses propriétés prophylactiques, le seul moyen légal de contraception en France avant la loi Neuwirth. Or, ce sont précisément ces propriétés qui, tout en permettant son utilisation, ternissent en même temps son image. Le rapport de *Clair Foyer* souligne que « presque tous les hommes passés par la caserne connaissent [son] existence » (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 278), sous-entendant qu'il est utilisé (voire préconisé) lors des visites des jeunes engagés dans les « bordels ». Ce que confirme Alain Corbin, selon lequel son utilisation est « incessamment prônée » (en particulier au début du XX^e siècle pour lutter contre la syphilis), d'autant plus que les préservatifs sont « gratuitement fournis dans certaines casernes et dans certains bordels » (Corbin 1988, p. 331). Néanmoins, dans le cadre de ses recherches sur le marché des contraceptifs en France avant la loi Neuwirth²², Cyrille Jean ne trouve pas « un seul document officiel attestant d'une distribution gratuite et massive de préservatifs aux conscrits » en métropole pour les années 1950 et 1960²³ (communication personnelle, 17 mai 2019). Mais dans tous les cas, et même s'il peut être légitime pour éviter les maladies vénériennes, le préservatif reste un objet sulfureux, qui engendre une « farouche résistance » (Corbin 1988, p. 331) car il est susceptible de rendre possible une « débauche » durable (ce qui pose problème lorsqu'il faut décider d'une position à adopter à son encontre dans le cadre de l'éducation à la sexualité des jeunes hommes) :

La capote anglaise est suspecte : elle permettrait de jouir des sens sans crainte des conséquences. Supprimer la peur du mal vénérien, c'est la porte ouverte à la débauche. Ensuite, elle favoriserait le malthusianisme et l'époux familiarisé pourrait s'en servir pour limiter le nombre de ses enfants. (De Luca Barrusse 2016, p. 70)

Le préservatif semble bien souffrir de cette association avec la prostitution, et donc avec une sexualité purement basée sur le plaisir mais surtout sur l'échange monétaire, dans un mouvement qu'Alain Corbin n'hésite pas à généraliser lorsqu'il affirme que dès le XIX^e siècle « l'amour vénal [a] freiné l'extension de la contraception dans la mesure où il dessinait un contre-modèle. La figure de la prostituée a permis de marquer du sceau de l'infamie ces mêmes pratiques que la vénalité contribuait à diffuser » (Corbin 1986, p. 272). Utiliser un préservatif, c'est prendre le risque de voir sa sexualité assimilée à une sexualité de « débauche » ; c'est peut-être, pour une femme, risquer de perdre le respect de son mari, un respect crucial à l'affirmation d'une féminité légitime et positive (malgré l'apparition

²² Dans le cadre de sa thèse d'histoire en cours au Centre d'Histoire de Sciences Po, intitulée « Planifier les naissances : les avatars français d'une question internationale (1955-1975) » (titre provisoire).

²³ C'est le cas uniquement pour troupes professionnelles en Indochine ; il faut attendre la guerre d'Algérie pour trouver des commandes massives de préservatifs, à destination des conscrits cette fois-ci, de la part de l'armée française.

progressive de figures féminines « intermédiaires », entre la « fille/femme bien » et celle qui ne l'est pas ; concernant les jeunes filles, voir Rebreyend 2010c). Il s'agit alors de comprendre quelles sont les traces objectives de ces représentations négatives du préservatif dans les années 1960 en France.

La représentation du préservatif comme un « objet de luxe » se donne en particulier à voir dans les discours qui rendent compte de son achat, considéré comme difficile, en particulier dans les petites villes. Se procurer un préservatif, c'est prendre le risque d'attirer le stigmate sur sa sexualité – évidemment pour les femmes, mais également pour les hommes. Son usage n'est légitime que dans le cadre d'une sexualité conjugale, comme le rappelle le rapport de *Clair Foyer* qui déplore la diffusion de son utilisation par des jeunes qui ne veulent que « s'amuser » :

Bien que leur propagande en soit interdite en France par la loi, *leur vente* au public (par dizaines de millions) est courante dans certaines pharmacies, (quasi au grand jour) et source de sérieux bénéfices. Bel exemple de l'hypocrisie de notre civilisation ! Leur emploi est-il fréquent à la campagne ? Il est difficile de l'affirmer. « On n'oserait pas demander cela au pharmacien qui vous connaît », disent les uns. Mais des pharmaciens constatent une croissance de la « demande » (en petites villes) par des jeunes de moins en moins complexés, même publiquement, les jours de marché. Ces moyens seraient surtout utilisés avant le mariage par ceux qui veulent « s'amuser ».
(Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 278)

L'idée qu'il soit possible d'acheter un préservatif « publiquement » (même « les jours de marché ») semble ainsi particulièrement incongrue et surtout choquante. Même les personnes qui l'utilisent dans la sexualité conjugale légitime ne semblent pouvoir le promouvoir que dans le cadre d'une discrétion qui évite de rendre visible le stigmate de son utilisation. Il est ainsi conseillé de ne demander un préservatif à son pharmacien qu'en « l'inscrivant sur une feuille de papier, afin d'éviter toute indiscretion de part et d'autre, et d'être montré du doigt par les clients qui attendent » (*Ibid.*, p. 113 ; sur le sujet voir également Rusterholz 2017, p. 414). Si l'acceptation de son utilisation au sein du couple, dans la sphère privée, semble déjà se confronter aux représentations négatives qu'il charrie (en particulier pour les femmes), faire état de cette utilisation dans la sphère publique paraît tout simplement impossible.

Enfin, le fait que ce soit un objet qui s'applique sur le corps masculin, et que les hommes sont plus susceptibles d'avoir utilisé que les femmes, fait que ces dernières sont moins convaincues que les hommes de son efficacité, ce qui peut aussi diminuer leur envie de l'utiliser. Selon l'enquête Simon, en 1970 ce sont 62 % des hommes qui jugent le préservatif « sûr » ou « très sûr » contre seulement 43 % des femmes, soit près de 20 points de différence (la plus importante, toutes méthodes confondues, les autres différences entre les sexes ne dépassant jamais 5 points). Le préservatif apparaît tout de même comme le moyen de contraception le plus « sûr » (ou « très sûr ») pour les hommes, seules les femmes plaçant la pilule en tête (51 % des femmes lui font confiance contre 46 % des hommes ; pour indication, concernant le retrait, les chiffres sont respectivement de 36 % et 38 %) (Simon et al. 1972a, p. 329).

Cette confiance sexuée dans l'efficacité du préservatif, qui s'inscrit dans sa prise en charge par les hommes, est ainsi le reflet de la responsabilité masculine plus générale concernant la contraception – une responsabilité qui semble liée à une certaine image de la masculinité.

1.2 «L'homme qui aime sa femme ne lui donne pas un gosse tous les ans²⁴.» Compétence masculine et représentation genrée des désirs

Les méthodes les plus utilisées sont donc des méthodes dont l'initiative est (et doit être) masculine. Mais, pour pesante qu'elle puisse être en ce qui concerne la sexualité, cette responsabilité masculine est en fait également une compétence – et elle est à comprendre dans une configuration bien précise de l'ordre du genre. Elle s'exprime à la fois dans les relations sexuelles hors mariage (avant celui-ci ou bien avec une autre femme que la sienne) et dans les relations sexuelles dans le cadre du mariage.

Dans les relations sexuelles qui ont lieu avant le mariage, principalement entre des individus jeunes, on a vu que la connaissance féminine était plus limitée que celle des hommes. Le recours à des méthodes masculines, qui semblent ne nécessiter aucun investissement de la part de la partenaire, est donc celui qui semble le plus évident. En cherchant à s'impliquer elles-mêmes dans la contraception, les jeunes femmes risqueraient d'envoyer un signal négatif pour leur réputation : celui d'un intérêt pour la sexualité. Ainsi, la responsabilité masculine s'inscrit dans des normes de genre strictes, où la jeune femme doit éviter autant que possible la sexualité ; si elle cède, elle devient alors dépendante de son partenaire en ce qui concerne une éventuelle grossesse. Notons justement en guise de préambule qu'en cas de défaut du partenaire, c'est cependant bien la jeune femme, devenue « fille-mère », qui subit la réprobation et la mise à l'écart de la part de la société, comme c'est le cas pour Anne²⁵, une enquêtée enceinte quelques années plus tard, en 1972, alors qu'elle n'avait que 16 ans. Ses parents la « collent dans une maison pour mères célibataires » où les jeunes femmes sont traitées durement, et son accouchement sera très douloureux : « on m'avait bien fait comprendre [...] que j'avais su fabriquer un enfant, que je saurais bien le mettre au monde, et que j'avais pas à me plaindre ». Ainsi, lorsque le partenaire n'assume de responsabilité ni lors de l'acte sexuel ni après, c'est bien en dernier ressort à la femme d'assumer ensuite les conséquences.

Néanmoins, réussir à « se maîtriser » est une compétence masculine valorisée. C'est ce que donne à voir le témoignage de Valérie F., femme au foyer de 45 ans mariée depuis vingt-deux ans avec un industriel de 46 ans (avec lequel elle a eu deux enfants), à propos de leurs premières relations sexuelles, qui ont précédé leur mariage. Elle est ici interrogée au début des années 1970 :

Et moi à chaque fois j'avais une frousse terrible d'être enceinte. Ça me donnait des frayeurs tout le temps. Bien sûr mon mari, enfin mon futur mari, faisait attention, il se retirait. Je crois qu'il sait très bien se dominer, mais ça n'empêchait pas que j'aie vraiment la frousse. (citée dans Droit et Gallien 1974, p. 114-115)

²⁴ Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 92.

²⁵ Chargée de mission en santé et doctorante, 60 ans, mariée, deux enfants.

Valérie F. a eu plus que sa part des « frayeurs » de la sexualité prémaritale. Mais cette peur était sans doute partagée. Ne pas se retirer revient en effet à « ne pas savoir se dominer », et donc à ne pas remplir un attendu de l'époque en matière de sexualité pour se rapprocher de la forme hégémonique de la masculinité.

Mais cette responsabilité masculine associée à la maîtrise d'une compétence sexuelle perdue également dans le cadre du mariage, où le fait de réussir à limiter le nombre d'enfants peut être considéré comme une qualité masculine et une marque de respect envers son épouse. Toutes et tous semblent connaître cette règle tacite selon laquelle un mari est en charge du nombre d'enfants du foyer. Les femmes elles-mêmes comptent sur leur partenaire pour « faire attention » et ne pas leur « donner un gosse tous les ans », comme le rapporte une femme dans sa réponse à l'enquête réalisée par *Clair Foyer* :

Instruisez, renseignez les hommes à respecter les femmes, c'est bien, qu'ils sachent ce qu'ils font, ce qu'ils sont capables de faire comme bien ou comme mal. Que la femme ne soit pas une bête de reproduction, tout cela se résume en un mot : le véritable amour. Hors de cela tout est de la blague car quand on aime on rend l'autre heureux. *L'homme qui aime sa femme ne lui donne pas un gosse tous les ans.* Et voilà ce que pensent beaucoup de femmes, croyez-moi, je dirais la majeure partie des femmes, car nous en parlons dans les bureaux, à la cantine ou entre nous. Et quand nous voyons les jeunes pleurer, je leur dis : « C'est à ton mari à faire attention s'il veut que vous vous aimiez toujours. Et vous décidez quand vous pourrez avoir un bébé ensemble, un beau bébé que l'on aime et qui est bien accepté, bien attendu, bien dorloté aussi. » (citée dans Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 92)

Le fait de ne pas considérer sa femme comme une « bête de reproduction », et donc d'utiliser le retrait ou le préservatif, apparaît donc bien comme une marque de « respect » et de « véritable amour ». Le rôle du mari est préserver l'amour pour « toujours » en veillant à rendre sa femme heureuse – et donc en « faisant attention ». La compétence sexuelle virile est réinvestie ici comme une compétence familiale, et s'inscrit dans le modèle de primauté de l'harmonie conjugale qui touche aussi la sexualité.

Du côté masculin, cette responsabilité semble pouvoir être vécue sur le mode de la fierté plutôt que de la contrainte. Ainsi peut-on citer, parmi les hommes interrogés par la journaliste Fanny Deschamps au milieu des années 1960, un dénommé Laurent, « agrégé – et intelligent, de surcroît », qui s'oppose à toute possibilité d'une contraception féminine :

Je ne pourrais jamais admettre que ma propre discipline ne puisse suffire à rendre Sabine heureuse sans danger... Et d'ailleurs, elle a toujours suffi. La femme est physiquement et psychologiquement constituée pour être donnée à l'homme dans l'amour. Cela ne signifie pas que l'homme doit prendre sans égard et sans réflexion, mais cela signifie que toute barrière opposée par la femme portera, et dans son esprit à elle d'abord, atteinte à l'intégrité du don qu'elle fait d'elle-même. L'homme s'en trouvera injurié. L'invisible pilule est une barrière mentale, elle n'est donc pas la moins injurieuse. (Fanny Deschamps 1968, p. 228)

Cet extrait est particulièrement éclairant en ce que Laurent y met en avant sa « discipline », qu'il oppose au « don » passif que la femme doit faire d'elle-même lors de la relation sexuelle – don vis-à-vis duquel les contraceptifs, qu'ils soient mécaniques ou invisibles (« mentale », dit-il à propos de la pilule),

représentent des « barrières ». Un homme « discipliné » doit donc être capable de rendre sa femme « heureuse sans danger ». Le retrait, méthode la plus pratiquée, apparaît ainsi comme une technique à part entière, qu'il faut posséder. Il ne s'agit en outre pas uniquement de réussir à se retirer à temps, mais de le faire tout en procurant un orgasme à sa partenaire, toujours dans une rhétorique d'un plaisir sexuel féminin qui serait donné, voire accordé, par le partenaire masculin (voir également chapitre 9). Réussir à « provoquer l'orgasme » tout en « se retirant » n'est cependant pas donné à tous – or c'est une technique qu'il est honteux de ne pas maîtriser, d'où un silence coupable de ceux qui n'y parviennent pas (Barrau et Perrin 1966, p. 59).

Ainsi, d'une technique à maîtriser on glisse bien vers une compétence sexuelle qui correspond à une qualité morale (être généreux envers sa partenaire en lui donnant du plaisir), et donc à une composante à part entière d'une masculinité positive. En témoigne un attachement certain à cette méthode, qui s'exprime lorsqu'elle menace d'être remplacée par une autre, comme chez les ouvriers interrogés au milieu des années 1970 par le journaliste Jacques Frémontier :

La pilule, ou le stérilet, le diaphragme ou la vieille « capote », on y recourt comme à regret. La science, le progrès... Vivre avec son temps... Quelque chose comme les pesticides ou les herbicides... La seule technique qui glorifie, qui magnifie, la seule qu'on poétise, qu'on métaphorise, c'est... le retrait. (Frémontier 1980, p. 43)

Cet attachement au retrait est d'autant plus intéressant que cette méthode correspond à une maîtrise de soi : savoir se retirer, c'est savoir se contrôler, c'est donc témoigner d'une qualité qui relève initialement de la masculinité bourgeoise²⁶ (De Luca Barrusse 2016, p. 61). Or cette « maîtrise de soi, capacité à maîtriser » qui modèle l'éducation des adolescents de cette catégorie sociale au moins depuis le début du siècle « accrédite l'idée d'une sexualité bourgeoise vaillante et impétueuse tant dans son mode procréatif que récréatif » (*Ibid.*, p. 75). Comme dans la rhétorique catholique (voir chapitre 3), on retrouve bien ici l'association entre maîtrise (ici du retrait, et non de l'éjaculation avec le *coïtus reservatus*, ou de l'acte lui-même par l'abstinence) et masculinité.

Cependant, il faut souligner que ces constats ne sont pas généralisables à toutes les femmes – ou plutôt à toutes les relations. Le fait que la responsabilité doit être assurée par l'homme est vrai dans les relations conjugales, ou du moins celles considérées comme sérieuses. Mais pour des relations plus occasionnelles, dont la prostitution ne représente qu'une situation paroxystique, la possibilité d'une gestion féminine de la contraception devient moins choquante. C'est ce qu'explique un homme interrogé au milieu des années 1960 par la journaliste Fanny Deschamps, qui distingue sa petite amie Liliane et son épouse :

Que ma petite amie ne me fasse pas confiance et se protège en douce contre l'indésirable ne me vexe pas. Ce n'est pas que je méprise Liliane, mais enfin je ne la respecte pas non plus au point de me vexer si elle ne s'abandonne qu'à moitié. Ma

²⁶ Milieu au sein duquel cette maîtrise de soi modèle les différentes sphères de la vie (voir par exemple Le Wita 1988).

femme, c'est moi qui la protège. Je l'ai même protégée parfois contre elle-même, puisqu'il arrive à une femme de vous demander de lui faire un enfant dont elle s'estimerait encombrée un quart d'heure plus tard ! (Fanny Deschamps 1968, p. 227)

On voit ici qu'il n'est pas attendu par cet homme le même « abandon » de la part de Liliane que de son épouse. Dans sa relation avec cette dernière, on retrouve les éléments mis en évidence jusqu'ici : une gestion masculine qui s'apparente à une protection, reposant sur le constat d'une versatilité féminine attestée et sur l'évidence que l'homme seul peut décider de manière rationnelle et raisonnable d'avoir ou non des enfants ; l'association de la responsabilité masculine et de « l'abandon » féminin, qui doit permettre le plaisir – et assurer le rapport de domination. Dans sa relation avec sa petite amie, au contraire, la confiance dans la compétence masculine n'est plus nécessaire à la relation. Le fait qu'il serait plus préjudiciable à Liliane qu'à son partenaire qu'une grossesse advienne joue sans aucun doute sur ce relâchement masculin justifié ici par un moindre respect (même s'il admet ne pas la « mépriser » totalement). Avec son épouse, maintenir une forme de masculinité dominante, c'est gérer la taille de la famille. Avec sa maîtresse, le fait d'avoir des relations sexuelles semble suffire, et elle peut donc bien s'occuper elle-même des contingences susceptibles d'en découler.

Il n'en reste pas moins que dans le cadre des relations conjugales, cette maîtrise sexuelle représente une compétence à part entière et s'étend aux différents milieux sociaux. Cela dénote bien une inscription de cette capacité dans un modèle de masculinité hégémonique plus général dans lequel la sexualité occupe une place de choix. En effet, l'étude de celle-ci permet une meilleure appréhension des modèles de féminité et de masculinité en vigueur dans une société donnée – les deux étant bien sûr liés et fonctionnant en regard l'un de l'autre, aussi bien symboliquement que pour ce qui concerne des aspects plus matériels et corporels (Connell 2014, p. 40). S'intéresser aux représentations qui s'attachent à la dimension concrète de la gestion masculine de la contraception, c'est ainsi être amené-e-s à réfléchir sur les qualités morales et physiques qui s'attachent à la masculinité, et à la manière dont, dans le cas de la contraception, une forme de masculinité bourgeoise et valorisée par la religion catholique (voir chapitre 3) s'étend aux autres milieux sociaux. Mais c'est également devoir mener une réflexion sur le désir et sur la manière dont il met en ordre le genre.

En effet, si le désir masculin est généralement supposé irrépressible, il ne l'est pas dans l'absolu mais parce qu'il est dépendant de l'attraction masculine pour le corps féminin. Dans le cadre de la lutte contre la syphilis, particulièrement présente après la Première guerre mondiale, c'est par exemple sur une telle représentation que s'appuient les campagnes d'éducation à la sexualité à destination des jeunes hommes (majoritairement des classes aisées). Ainsi, même lorsqu'il est touché par la maladie, « le jeune homme n'est jamais rendu coupable de succomber à la tentation, mais toujours victime d'un moment d'égarement et de la présence délétère de femmes aguicheuses » (De Luca Barrusse 2010, p. 172). Paradoxalement, ce n'est donc pas tant qu'il se laisse guider par son désir, mais que celui-ci ne peut résister aux avances féminines. En dernier ressort, ce sont donc bien les femmes qui peuvent être

considérées responsables de la « tentation » subie par les hommes, ce qui n'en rend la maîtrise dont il faut preuve (en amont de l'acte ou pendant l'acte si le retrait est nécessaire) que plus valorisable.

Cette idée d'une « pulsion » masculine s'inscrit dans le contexte d'une représentation différenciée des désirs masculins et féminins. Le désir des hommes semble être à l'origine du rapport sexuel, comme en témoigne le fait qu'ils soient beaucoup plus largement que les femmes à l'initiative de celui-ci (voir aussi chapitre 10). Selon l'enquête Simon (Simon et al. 1972a, p. 348), c'est en effet le cas dans plus de la moitié des couples, contre seulement 3 % où ce sont les femmes (dans un tiers des couples les deux partenaires initient aussi souvent l'un que l'autre les rapports ou bien le moment de ceux-ci est convenu d'avance). Cela contribue à expliquer leur responsabilité en matière de contraception. Le désir des femmes paraît de son côté plutôt être construit sur un mode réactif – il s'adapte à celui de leur partenaire, preuve de son essence fondamentalement subalterne. Cette dimension réactive du désir féminin est à comprendre dans un système de genre qui s'appuie sur « une inadéquation entre féminité et désir sexuel affirmé » (Bozon 2018b, p. 315). Cette attention aux désirs et aux représentations qui leur sont associées est fondamentale pour comprendre la répartition de la responsabilité du contrôle des naissances avant la légalisation de la contraception médicale.

Comme le souligne Raewyn Connell, « les pratiques qui informent et réalisent le désir sont un aspect de l'ordre de genre » (Connell 2014, p. 71). Lire comme social ce désir masculin perçu comme naturel permet de mieux comprendre à la fois comment se définit la responsabilité contraceptive et la manière dont elle interagit avec la sexualité, pour les hommes mais aussi pour les femmes. La responsabilité masculine de la contraception via le développement d'une compétence spécifique apparaît donc autant comme le produit d'un certain ordre hétérosexuel que ce qui contribue à reproduire cet ordre. Cependant, la masculinité hégémonique reste très largement un idéal que peu d'hommes parviennent en fait à atteindre (Connell et Messerschmidt 2015, p. 155). Ce qui concerne la contraception ne fait pas exception à la règle, la parfaite maîtrise de soi requise par ce modèle étant difficilement atteignable si l'on en croit le nombre de grossesses non désirées.

1.3 Les limites de la gestion masculine de la contraception

La maîtrise contraceptive des hommes, pour centrale qu'elle semble dans la construction d'une masculinité valorisée et valorisable, n'est en effet pas complète. Elle est en tout cas souvent insuffisante pour garantir une relation non fécondante, ce qui est d'autant moins étonnant que selon des chiffres de l'Organisation mondiale de la santé, l'indice de Pearl²⁷ du retrait, même lorsqu'il est pratiqué correctement, n'est que de 4 – et de 27 dans des conditions courantes d'utilisation (Haute Autorité de Santé 2013, p. 34). Sans que des chiffres aussi précis soient disponibles dans les années 1960, on remarque déjà dans l'enquête Simon que la confiance dans cette méthode est mitigée, du côté des hommes comme des femmes. En effet, si 79 % des hommes et 77 % des femmes déclarent « connaître

²⁷ Soit la mesure du nombre de femmes tombant enceintes alors qu'elles utilisaient une contraception donnée pendant une période d'un an (pour une critique, voir chapitre 6).

au moins de nom » la méthode qui consiste à « interrompre le rapport sexuel avant son terme », parmi les hommes seuls 16 % jugent que la méthode est très sûre (22 % assez sûre, 27 % peu sûre et 7 % pas du tout sûre)²⁸. On retrouve des chiffres équivalents chez les femmes interrogées : 15 % seulement la jugent très sûre, 21 % assez sûre, 22 % peu sûre et 10 % pas du tout. C'est en fait dans les modalités centrales que l'on retrouve donc la majorité des réponses : 49 % de personnes jugeant le retrait assez sûr et peu sûr chez les hommes, 43 % chez les femmes, soit près de la moitié de la population même en intégrant les personnes qui n'en ont pas entendu parler (Simon et al. 1972a, p. 329). Ainsi, une forme d'incertitude quant à son efficacité semble être l'attitude la plus répandue vis-à-vis de cette méthode.

De fait, on remarque que les femmes ne font pas systématiquement confiance à leur partenaire quand il s'agit de les protéger d'une grossesse – ce qui n'est pas sans poser problème en ce qui concerne le plaisir sexuel, la peur d'une grossesse pouvant alors empêcher celui-ci. Les médecins André Barrau et Antoine Perrin, qui s'inquiètent dans leur ouvrage de ce risque, proposent ainsi un processus à mettre en place dès le début de la relation amoureuse pour que la femme prenne confiance dans les capacités de l'homme à se retirer :

Les préliminaires sont plus que jamais indispensables avant ce rapport qui doit s'interrompre prématurément. Et l'homme devra y apporter tout son amour. Moyennant quoi, la femme pourra, malgré le retrait, connaître l'orgasme. Mais pour qu'elle ait confiance, il faut qu'au moins pendant les premiers mois, le mari se retire à *tous* les rapports, même lors de ceux qui, en fin de cycle, ont très peu de chance d'être féconds. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra parvenir à une parfaite maîtrise de soi. S'il n'est pas absolument conditionné à se retirer, comme par réflexe, au moment opportun, lui-même sera anxieux et ne parviendra pas à se retenir d'éjaculer jusqu'à ce que sa partenaire ait obtenu l'orgasme. Craignant de se retirer trop tard, il éjaculera et se retirera trop tôt. Éjaculation précoce et frigidité, l'une déterminant l'autre, peuvent être la conséquence du retrait. (Barrau et Perrin 1966, p. 56-57)

Il s'agit en fait de modifier le script du rapport, et de l'uniformiser : d'abord en allongeant les préliminaires pour que la femme puisse « connaître l'orgasme » malgré l'interruption du rapport, ensuite en pratiquant systématiquement le retrait afin que celui-ci devienne pour l'homme un « réflexe ». Ces modifications du script doivent permettre, via un apprentissage « par corps » d'un côté comme de l'autre – mais un apprentissage supervisé par l'homme –, d'éviter « éjaculation précoce et frigidité », et donc d'assurer une vie sexuelle conjugale heureuse. Cet extrait met bien en évidence la dimension construite du retrait qui, s'il participe de la production d'une masculinité valorisée, relève bien d'un apprentissage et non pas d'une maîtrise innée – ce dont les femmes peuvent être conscientes et ce qui peut participer de leur inquiétude. Le cas d'Huguette B. (42 ans, secrétaire) et Bernard B. (42 ans, agent EDF), mariés depuis vingt-deux ans et parents de cinq enfants, illustre bien cette inquiétude et cette spirale potentielle. C'est ici Bernard B. qui raconte, au début des années 1970, comment se déroulait leur vie sexuelle avant la ligature des trompes de sa femme :

²⁸ Les autres ne se prononçant pas ou bien ne répondant pas parce qu'ils n'ont pas entendu parler de la méthode.

Ce que je sais c'est que pour ma femme y avait pas moyen que ça démarre, son plaisir. Je ne comprenais pas et j'en souffrais assez parce que pour moi l'amour sexuel, ça doit se partager. S'il n'y a que moi qui éprouve un certain plaisir et si je ne lui donne rien, c'est égoïste. J'aurais aimé que ça soit pareil pour tous les deux. Mais ça ne l'était pratiquement jamais. Elle avait toujours peur. Il y avait des jours pourtant, il n'y avait vraiment pas de quoi. Par exemple, un soir, elle avait fini ses règles. Le lendemain, disons, il n'y avait pas de danger. Moi je disais qu'il n'y en avait pas. Elle ne me croyait pas. « T'es sûr ? T'es sûr ? » qu'elle me demandait. Et puis il fallait mettre le préservatif. Et puis après, elle venait voir s'il y avait pas eu de trou fait dedans pendant le rapport. C'était une vraie hantise, chez elle. Il y avait rien à faire. Il n'y avait que pendant ses grossesses que ça allait. Pendant ces moments-là, elle prenait peut-être du plaisir. Et encore ! Et encore ! Ce qui est vrai aussi, et ça a un rapport avec le reste, c'est qu'un homme quand il ne prend sa femme que de temps en temps, eh bien ça part vite, c'est vite parti. Il est tellement excité que ça part tout de suite. (Droit et Gallien 1974, p. 39)

Ce récit détaillé illustre particulièrement bien l'entrelacement qui se produit entre la crainte féminine d'être enceinte malgré les réassurances masculines et les difficultés qui en découlent, d'un côté à prendre du plaisir, de l'autre à faire durer la pénétration assez longtemps pour en donner, alors que Bernard B. ne peut plus « prendre sa femme » que « de temps en temps ». Le récit qu'il fait est celui d'un homme qui n'a pas l'impression que les conditions de possibilité d'une maîtrise efficace de la procréation lui sont données. Cela lui permet d'ailleurs de ne pas s'identifier à cet échec que représente l'absence de domination de soi (« ça part vite »), comme en témoigne le passage à la troisième personne (« Il est tellement excité que ça part tout de suite »), mais de rejeter plutôt la faute sur les circonstances de l'acte sexuel.

Cependant, si l'on suit toujours les deux médecins précédemment cités, le retrait semble présenter des limites même lorsque l'homme le maîtrise correctement. Et la coupable, c'est même parfois sa partenaire. Revenant sur les échecs de la méthode, ils écrivent en effet :

Deux raisons à ces échecs. La première est que très souvent, aussi déterminé soit-il, l'homme se lasse. Il se permet de temps en temps une fantaisie, et souvent à contretemps. Il y a des jours où il est joyeux, optimiste, amoureux, où il veut « bien faire l'amour ». Il y a aussi des jours où elle le veut tout à elle... N'oubliez pas qu'idéalement, lorsque l'harmonie sexuelle est parfaite, c'est l'éjaculation qui déclenche l'orgasme. Un homme habile et expérimenté, s'il se retire, aura soin de ne le faire qu'après l'orgasme féminin. Mais même dans ces cas, certaines femmes ne sont pas pleinement satisfaites. Elles souffrent que leur plaisir ne soit pas déclenché par le plaisir de l'homme qu'elles aiment.

Certaines, loin de repousser leur partenaire au moment où elles le sentent proche d'éjaculer, bien au contraire, le retiennent... même si elles s'étaient bien promis le contraire. Plus amoureux est un couple, plus pénible lui est la contrainte qu'impose le retrait. (Barrau et Perrin 1966, p. 57-58)

Si l'homme échoue parfois à se retirer cela peut être parce qu'il est « joyeux, optimiste, amoureux », dans un désir de « bien faire l'amour » à sa partenaire ; ou bien parce que celle-ci « le retient », pour que leur plaisir advienne simultanément (ou, plutôt, pour que celui de l'homme

« déclenche » celui de la femme). Il semble ici qu'un amour véritable, et donc une « harmonie sexuelle parfaite », ne puisse se contenter toujours du pis-aller que représente cette méthode.

Mais même dans le cas où la relation est moins idyllique, le retrait n'est pas non plus la solution idéale. L'homme n'accepte en fait « souvent que de mauvaise grâce » de se plier à cette contrainte, obligeant sa femme à « faire l'amour dans l'anxiété » là où il faudrait au contraire pas qu'elle « puisse mettre en doute qu'il tiendra son engagement » (*Ibid.*, p. 56-57). Cette « mauvaise grâce » masculine peut même confiner au désintéret, ainsi qu'en témoigne Paulette lorsque je lui demande si elle sait si ses parents « faisaient attention » : « Vous savez, les hommes... Ils pensaient à eux, et puis voilà, c'est tout hein. Ils remplissaient les maisons... Ils en avaient rien à faire, hein. » Mais, sans tomber dans ces extrémités, la simple angoisse d'avoir un partenaire qui n'est pas fiable semble effectivement avoir des effets importants sur la sexualité. C'est par exemple le cas, au début des années 1970, dans un couple marié depuis cinq ans et déjà parents de trois enfants : Nicole C., 23 ans, est mère au foyer tandis que son mari, Patrick C., 27 ans, est manutentionnaire. C'est lui qui est interrogé :

Ce que je voudrais savoir, c'est pourquoi elle veut plus faire l'amour avec moi, pourquoi j'ai une vraie planche à pain dans mon lit. Quand j'essaie de savoir pourquoi, elle gueule. Elle me dit « T'as pas de volonté, tu veux pas te retirer ». Moi je pourrais me retirer si je voulais. Mais j'en ai marre. Alors je lui dis « Tant que tu feras l'amour comme du marbre, je me retirerai pas, je mettrai tout dedans ». (Patrick C., cité dans Droit et Gallien 1974, p. 314)

Cet exemple met bien en lumière à quel point cette responsabilité, cette contrainte est aussi également un pouvoir. Le fait de ne pas se retirer apparaît comme une réaction – une punition – à l'absence (de marques) de désir et de plaisir de Nicole C. Cette absence de désir et de plaisir semble justement due au manque de maîtrise de son partenaire. Sans pouvoir sans doute lui interdire l'accès à son corps, Nicole C. refuse de donner à son mari la satisfaction de voir qu'il peut lui donner du plaisir – peut-être tout simplement parce que ce n'est pas le cas. Ce manque de fiabilité du mari se retrouve dans plusieurs lettres envoyées à *Clair Foyer* – et constitue un argument de poids pour revendiquer la pilule, qui permettrait une gestion féminine de la contraception :

Je travaille, mon mari est routier, parti tous les jours, rentrant tard, dépensant beaucoup pour lui, je dois faire face souvent avec mon seul salaire. [...] Il me faut tout de même accepter mon mari et vivre dans la peur d'un troisième enfant. Ce serait un désastre, car mon mari rentre tard, fait quelquefois des abus, et je ne peux compter sur lui pour « faire attention ». J'attends les résultats du Concile dans *Clair Foyer*, mais il faut faire vite. (Lettre citée dans Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 33)

La formule finale exprime bien toute la détresse de la femme qui écrit au journal, soumise à la violence et aux désirs d'un mari prompt à « abuser » de la boisson (et le choix de faire figurer cette lettre dans le recueil témoigne bien de ce registre de l'indignation étudié au chapitre précédent). Ainsi, la responsabilité masculine de la contraception admet clairement des limites. Or, ce sont les femmes qui sont les premières à en payer les conséquences, à la fois parce que ce sont elles qui tombent enceintes, mais aussi parce que l'éducation des enfants est ensuite à leur charge. Si les exemples cités ici se

retrouvent plutôt dans des couples appartenant aux classes populaires, rien ne permet de conclure que ces derniers sont les seuls concernés par ces restrictions dans l'efficacité du retrait. L'existence de témoignages plus nombreux dans ces milieux sociaux peut peut-être s'expliquer par le fait qu'il est plus facile pour les hommes de classes populaires de reconnaître la difficulté à appliquer totalement à leur sexualité un modèle de sexualité qui correspond en fait à une masculinité fondée sur une maîtrise de soi qui relève d'un modèle plutôt bourgeois que populaire.

La possibilité d'un relâchement masculin peut alors impliquer un travail de contrôle de la fécondité de la part des femmes. En effet « les méthodes traditionnelles, même lorsqu'elles relèvent de la pratique masculine, peuvent être initiées ou requises par les femmes » (Rusterholz et Praz 2016, p. 14). C'est bien sûr le cas de la méthode Ogino et de celle des températures, qui reposent sur la détermination par la femme de sa période de fécondité et nécessitent de réagir face au désir sexuel de son partenaire (voir *infra*). Mais cela peut aussi être celui du retrait, comme en témoigne Paulette²⁹, lorsque je lui demande si elle craignait les rapports sexuels :

Oh bah même pas, même pas, parce que je faisais attention. Dès que je voyais qu'il commençait à s'agiter, j'allais, pfiout. Je reculais ! (petit rire)

Ici, c'est Paulette qui se préoccupe du déroulement du rapport sexuel : elle « [fait] attention » pour deux, en ayant appris à reconnaître le moment où son mari devait se retirer³⁰. Cela s'articule avec sa peur récurrente d'être enceinte lorsque ses règles n'arrivent pas (« Quand ça venait pas... je rouspétais parce que je lui disais “Bah, je suis encore enceinte ?!” ») : une forme de charge partie intégrante – et féminine – du travail contraceptif. Ainsi, on constate que la responsabilité contraceptive masculine liée au retrait, qui consiste en la gestion par l'homme de son désir et de son plaisir, a pu être assurée ou, du moins, soutenue par les femmes – ce que les travaux sur la période soulignent rarement, invisibilisant les efforts des femmes au profit de la seule responsabilité masculine.

Mais indépendamment de leur implication éventuelle dans les méthodes dites masculines de contraception, les femmes s'investissent également dans la contraception via des méthodes féminines ou de couple – et ce bien avant que ne soient commercialisées les méthodes médicales.

2 Les méthodes mixtes et « féminines » : la quête de l'efficacité, du plaisir et de la spontanéité

Les femmes sont également susceptibles de jouer un rôle plus actif dans la contraception. La diffusion des moyens de contraception « modernes » féminins est cependant limitée par trois éléments.

²⁹ Cuisinière retraitée, 84 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

³⁰ On retrouve d'ailleurs déjà la même idée dans un texte libertin du XVII^e siècle étudié par Étienne van de Walle : « quant aux techniques contraceptives, elles consistent à éviter la pénétration, à rejeter le partenaire masculin d'un coup de rein quand l'éjaculation est imminente (le retrait est présenté comme une méthode féminine) ou à coiffer l'organe masculin d'un petit linge » (van de Walle 2005, p. 2).

D'abord, en début de vie sexuelle, par le manque de connaissances des femmes (voir chapitre 3) et, même chez celles qui n'attendent pas le mariage pour « perdre leur virginité », par leur crainte potentielle de passer pour des « délurées » (Paulette). Ensuite, par le nombre limité de méthodes dont la prise en charge est féminine – limitation à mettre en lien avec une représentation de tout ce qui touche à la sexualité comme relevant du domaine masculin – et par la très faible disponibilité de celles-ci. Les seules méthodes qui paraissent nécessiter l'implication de la femme sont les méthodes d'abstinence périodique (Ogino et des températures), mais le rôle de l'homme y est tout aussi essentiel. Enfin, par l'efficacité limitée des méthodes existantes, qui explique qu'il faut attendre la pilule, première méthode véritablement sûre, pour voir la contraception médicale se diffuser en France.

Néanmoins, les bases d'une responsabilité contraceptive féminine commencent à s'esquisser dès cette période. Mais c'est souvent autour de méthodes qui ne sont que de « dérisoires bricolages contraceptifs », peu efficaces pour éviter les grossesses mais susceptibles, par leurs répercussions importantes sur la sexualité, de « tuer à petit feu la spontanéité, l'amour et la confiance entre deux êtres » (Benoîte Groult, préface de Morière 1979, p. 7-8).

2.1 Une responsabilité féminine possible ?

La première barrière à une extension de la contraception féminine tient dans la représentation selon laquelle il s'agit d'un domaine qui ne concerne pas au premier chef les femmes elles-mêmes, mais plutôt le couple en entier. C'est ce dont atteste cet extrait de l'introduction de l'ouvrage des médecins André Barrau et Antoine Perrin, qui répond à des questions diverses que le lecteur ou la lectrice pourrait se poser :

9. La femme doit-elle s'occuper seule de la tentative de contraception ?

La contraception est l'affaire du couple. C'est le couple qui doit prendre ses responsabilités et donc ses décisions. En aucun cas, la femme ne doit agir en cachette de son mari. (Barrau et Perrin 1966, p. 11)

Le fait que la femme puisse agir seule apparaît comme préjudiciable pour le couple. Ce rejet de méthodes proprement féminines, sur lesquelles le mari n'aurait aucun pouvoir de décision, joue dans la lenteur de leur développement. Il faut en effet bien avoir en tête que celui-ci n'est pas systématiquement considéré comme positif, même par les femmes elles-mêmes, comme le montre Kate Fisher à propos de l'Angleterre du début du XX^e siècle :

Les femmes ne semblent pas avoir considéré les méthodes de contrôle des naissances comme quelque chose leur apportant un bénéfice personnel important (en réduisant la peur d'une grossesse et en séparant la sexualité de la reproduction). Beaucoup des femmes interrogées se désintéressaient du problème, abandonnant cette responsabilité à leurs maris. Contrairement à l'hypothèse largement répandue selon laquelle les femmes auraient été à l'avant-garde concernant les pratiques contraceptives, les

enquêtées ont déclaré accorder une grande valeur à la responsabilité et à l'autorité masculines en matière de contraception³¹. (Fisher 2006, p. 5)

Le choix du retrait apparaît donc comme un choix logique, qui laisse à chacun son « territoire », et qui ne peut être expliqué simplement par le manque de connaissances et par la disponibilité et le prix des autres méthodes, même si ceux-ci jouent également un rôle certain. On retrouve de telles limites dans la Suisse des années 1950 et 1970, où les femmes « ne s'enthousiasment pas forcément d'emblée pour les méthodes modernes qui leur assurent le contrôle et le pouvoir sur leur fécondité » car, « pour plusieurs d'entre elles, les méthodes traditionnelles correspondent davantage à l'idée d'une "bonne sexualité" » (Rusterholz et Praz 2016, paragr. 41). On retrouve cette idée à la fin des années 1940, chez Simone de Beauvoir :

Des conduites qui sembleraient à l'analyse répugnantes paraissent naturelles quand les corps sont transfigurés par les vertus érotiques dont ils sont revêtus ; mais inversement, dès qu'on décompose en éléments séparés et privés de sens corps et conduites, ces éléments deviennent malpropres, obscènes. La pénétration qu'une amoureuse éprouvera avec joie comme union, fusion à l'homme aimé, retrouve le caractère chirurgical et sale qu'elle revêt aux yeux des enfants si on la réalise hors du trouble, du désir, du plaisir : c'est ce qui se produit par l'usage concerté des préservatifs. (Beauvoir 1976 [1949], p. 166)

Cet extrait du *Deuxième sexe* nous éclaire sur la force des représentations de la sexualité comme quelque chose de « naturel » : elle est une « union », une « fusion » qui ne doit pas être gâchée par un objet (diaphragme, tampon ou préservatif) et qui ne doit pas être préméditée, afin de ne pas la situer « hors du trouble, du désir, du plaisir ».

Mais en plus de constituer un obstacle potentiel à une sexualité « naturelle », ces méthodes se heurtent au rapport des femmes à leur propre corps. Leur utilisation implique en effet une certaine familiarité avec son corps, et en particulier avec son sexe, familiarité qui est loin d'être la norme (Szreter et Fisher, 2010, chapitre 6). C'est également ce que soulignent André Barrau et Antoine Perrin lorsqu'ils reviennent sur l'utilisation des « préservatifs féminins » (capes, diaphragmes, etc.) :

Il est des femmes qui répugnent à ces manœuvres qu'elles estiment « dégoûtantes ». Des interdits moraux ou religieux resurgissent. L'inconscient se souvient des interdictions proférées par la mère lorsque la femme était petite fille : « Ne te touche pas, c'est vilain. » (Barrau et Perrin 1966, p. 104)

Ce « dégoût » pour le corps, et donc pour les méthodes qui reposent sur une connaissance précise de celui-ci, est d'autant plus fort qu'en cas d'échec contraceptif, c'est désormais sur les femmes que retombe la faute. C'est ce qu'explique une militante du Planning familial de Pau :

³¹ "Women do not appear to have regarded birth control as a great personal benefit which reduced the fear of pregnancy and divorced sex from reproduction: many wives shied away from the issue, leaving responsibility for birth control in the hands of their husbands. In contrast to the widespread assumption that women were at the forefront of birth control practices, respondents asserted that they valued male responsibility for and authority over contraception."

On avait toujours tort : tort d'avoir mal calculé les dates, de s'être mal lavé, de ne pas s'être retiré à temps pour les garçons ou encore d'avoir eu un grand moment de tendresse sans avoir eu le temps de réfléchir à tous ces calculs : en un mot, dans ce contexte, de s'être comporté comme des animaux. (Bruneton (dir.) 2005, p. 25)

Les hommes ont la responsabilité du retrait : opter pour une méthode « moderne », c'est donc pour une femme accepter de décharger son partenaire de cette responsabilité et, en cas de grossesse, prendre le risque d'être considérée comme seule coupable. Tant que les méthodes ne sont pas sûres, faire ce pari peut être dangereux.

En France, ce n'est ainsi qu'à partir du début des années 1970 et de la légalisation de la pilule que l'on pourra constater qu'« autrefois pratiquée presque exclusivement par l'homme – sinon toujours à son initiative – la contraception tend aujourd'hui à devenir un comportement également féminin » (Simon et al. 1972a, p. 334). C'est ce dont témoigne un homme interviewé au milieu des années 1960 par la journaliste Fanny Deschamps, et qu'elle décrit ainsi : « François, trente-et-un ans. Directeur commercial. Extérieur séduisant. Apparence moderne. Marié, deux enfants. Vit et se reproduit à Paris, capitale. Lis *Match*, *L'Express*, et pas grand-chose d'autre. Sa femme lit *Elle*, *L'Express*, *Le Nouvel Observateur*, et des livres. » Voici ce qu'explique François :

De mon temps – je veux dire quand j'étais jeune homme – les filles étaient plus difficiles à séduire que maintenant. De nos jours, à seize, dix-sept ans, on peut leur faire faire des bêtises, facilement. Elles savent très bien ce qu'elles veulent... et comment elles le veulent ! Par exemple, il y a dix ans, quand je faisais l'amour avec une mineure³², c'était à moi de penser à ce que cette pauvre créature n'attrape pas d'enfant, elle n'était pas du tout dans la course. Tandis que maintenant !... Ma femme en sait dix fois plus que moi sur ce sujet et quand je fais l'amour ailleurs, ce problème de ne pas avoir d'enfant, je n'y pense même plus. Je me dis que la personne qui est avec moi s'est débrouillée, ou alors qu'elle va m'avertir. Enfin, bref, moi, si on ne m'y fait pas penser, je n'y pense plus. (Fanny Deschamps 1968, p. 33)

À la fin des années 1960, François prend note d'un changement récent, qui s'est déroulé au cours des dix dernières années : les jeunes femmes avec lesquelles il avait des relations alors que lui-même était tout juste majeur s'en remettaient à lui – dix ans plus tard, il « n'y pense même plus », que ce soit avec sa femme ou avec ses autres partenaires.

Entre rejets de certaines méthodes et difficultés d'utilisation de certaines autres, les représentations sexuelles et genrées vont donc progressivement se modifier jusqu'à aboutir à ce que, à l'orée des années 1970, tout se mette en place pour que la contraception devienne progressivement l'apanage des femmes. Les méthodes permettant cela sont diverses, allant des plus anciennes (en particulier la douche vaginale), aux méthodes dites « de couple » (Ogino-Knauss et températures). Mais ce qui permet cette féminisation, c'est également l'émergence et la diffusion de solutions médicales orientées vers les femmes, en particulier le diaphragme et, dans une moindre mesure, les spermicides.

³² La majorité est encore à 21 ans.

2.2 Des méthodes anciennes mais peu répandues : éponges et douche vaginale

Même si on l'oublie souvent, les femmes n'ont pas attendu la pilule pour essayer de maîtriser leur fécondité. En plus de l'avortement (voire de l'infanticide), mais également des potions, herbes et onguents qui ont pu être utilisés (McLaren 1996 [1990]), des moyens de contraception mécaniques commencent à se répandre dès le début du XX^e siècle, dans le cadre du développement d'un mouvement néomalthusien (Accampo 2003). Parmi ceux-ci, au premier rang desquels les préservatifs masculins, on trouve également des objets gérés par les femmes. C'est par exemple ce que montre Anne-Marie Sohn à partir de son étude des archives judiciaires :

À partir de 1900, les plus informées tentent donc de redoubler de précautions et mettent en œuvre les conseils prodigués par les néomalthusiens. Elles utilisent peu les pessaires qui souffrent des mêmes défauts que le préservatif et dont la pose exige une dextérité dissuasive. Elles prisent, en revanche, les tampons parfois de simple ouate – et surtout les éponges. (Sohn 1998, p. 131)

Sans détailler pour le moment ce qui concerne les pessaires (voir *infra* pour une étude de l'utilisation du diaphragme), c'est ici sur des méthodes plus anciennes qu'il faut donc d'abord revenir : les tampons de coton et les éponges. Leur utilisation est une forme d'astuce contraceptive qui a pu être transmise entre femmes : dans les deux cas il s'agit, en les insérant dans le vagin après les avoir imbibés de produit considéré comme spermicide, de permettre qu'ils absorbent le sperme et stoppent donc la progression des spermatozoïdes. Mais leur utilisation peut être source de problèmes, comme en témoigne au début des années 1970 Huguette B., secrétaire de 42 ans qui évoque les débuts de son mariage, vingt-deux ans auparavant, et le conseil donné à l'époque par sa belle-mère :

Elle m'a dit que je pouvais mettre du vinaigre sur un gros morceau de coton. Et moi je m'enfilais des morceaux de coton avec du vinaigre dans le vagin. Ça me brûlait et ça piquait mon mari. Ça nous faisait tellement mal que pas plus moi que mon mari, on pouvait avoir un rapport avec ce coton-là. J'avais tellement peur d'être enceinte que probablement je mettais trop de vinaigre. (Huguette B., citée dans Droit et Gallien 1974, p. 36-37)

On voit ici que l'utilisation de coton peut être difficile, dans la mesure où les indications données ne sont pas forcément précises, la transmission des informations sur la sexualité restant problématique et donc généralement parcellaire pour préserver l'« innocence » des jeunes filles. Cela pouvait alors conduire soit à une efficacité altérée du contraceptif, soit, comme c'est le cas ici, à des conséquences négatives sur la sexualité (en l'empêchant complètement – ce qui est finalement une méthode contraceptive très efficace).

Une autre méthode qui semble avoir été assez utilisée en France est la douche vaginale. Ainsi, selon l'enquête dirigée par le docteur Pierre Simon, 80 % des hommes et 81 % des femmes en ont déjà entendu parler³³ – mais seul-e-s 27 % des hommes et 24 % des femmes jugent « très sûr » ou « assez

³³ La méthode n'a pas été prise en compte dans la question visant à savoir quels moyens de contraception avaient déjà été utilisés par les enquêtés (Simon et al. 1972a, p. 331).

sûr » le fait, « pour la femme, de se laver immédiatement après le rapport » (Simon et al. 1972a, p. 329). À partir de son travail d'analyse de lettres et de journaux intimes, Anne-Claire Rebreyend déduit que, dans la période qu'elle définit comme celle de « l'intimité questionnée » (1939-1965), ce moyen concernait plutôt les jeunes filles. Cependant, cette méthode requérait une certaine expertise pour être efficace. C'est ce que souligne Thérèse H., mère de deux enfants, qui s'est mariée à 23 ans et en a 76 au moment où elle est interrogée :

C'est mon mari qui m'a appris ce que je devais faire. Ça va bien qu'il soit tombé sur une femme qui savait le faire. Parce que tout le monde sait pas faire ça. Mais enfin ! Il avait beau geler, moi j'étais en bas du lit, dès que c'était fini. C'est comme ça que j'ai pas eu trop d'enfants. Y a des femmes, après que le mari a fini la chose, elles s'endorment. C'est comme ça qu'elles attrapent une dizaine d'enfants. Moi j'étais debout tout de suite. Et je me lavais à grande eau. J'avais un morceau de savon de Marseille qui j'avais coupé. Il faut un morceau assez long et quand même assez fin aussi. Et je nettoiyais tout. C'est pas difficile. Je prenais toujours de l'eau froide. C'est mieux. Ça saisit le sang. Et on va carrément à la matrice. Et tout s'en va. (citée dans Droit et Gallien 1974, p. 67)

Ici c'est donc à l'utilisation interne d'un savon de Marseille taillé qu'est couplée la douche froide, pour « saisir le sang » et contribuer également à empêcher la conception. La pratique de Thérèse H. nécessite cependant une bonne familiarité avec son corps, en plus d'une grande rigueur. On perçoit aussi celle-ci dans les conseils donnés pendant la guerre par une de ses collègues plus âgée à la jeune Huguette Morière qui, à 22 ans, après deux enfants et un avortement, se rend compte que le retrait ne suffit pas :

Non, je t'assure, mon petit, en définitive, l'eau courante y a que ça, même s'il fait frisquet, car, le chauffage, avec les restrictions, intérêt d'éteindre le soir ! Mais, surtout, ne pas s'endormir après, tu m'entends Huguette, ne pas s'endormir, faire vite à se lever, une seconde, ça compte ! (Morière 1979, p. 53-54)

Associée au manque de familiarité des femmes avec leur corps, la célérité indispensable à cette technique est cruciale pour comprendre le peu d'utilisation de ce type de méthodes.

C'est également leur efficacité variable qui décourage régulièrement les utilisatrices, de même que l'inadéquation entre le relâchement féminin qui devait être associé à la fin de l'acte sexuel et la maîtrise que cet acte contraceptif impliquait. On peut à nouveau suivre Simone de Beauvoir :

Ou bien [la femme] surveillera avec inquiétude les conduites de l'homme, ou bien, aussitôt le coït achevé, elle devra courir au cabinet de toilette pour chasser de son ventre le germe vivant déposé en elle malgré elle ; cette opération hygiénique contredit brutalement la magie sensuelle des caresses, elle réalise une absolue séparation des corps qu'une même joie confondait ; c'est alors que le sperme mâle apparaît comme un germe nocif, une souillure ; elle se nettoie comme on nettoie un vase sale, tandis que l'homme repose sur son lit dans sa superbe intégrité. [...] La répugnance pour la poire à injection, le bock, le bidet est une des causes fréquentes de la frigidité féminine. (Beauvoir 1976, p. 166-167)

En l'interrompant brusquement, la pratique de la douche vaginale va à l'encontre d'une « magie sensuelle des caresses » que Simone de Beauvoir tient pour évidente, transformant la femme en un « vase sale » et le sperme en « un germe nocif, une souillure ». Ce n'est pas l'acte en lui-même qui est « impur », mais bien la pratique contraceptive : elle le dégrade et, de plus, contribue à l'inégalité entre la femme et l'homme, ce dernier restant sur le lit, « dans sa superbe intégrité ». Finalement, la contraception est cause de la frigidité féminine : et si c'est la peur de la conception qui implique la nécessité contraceptive, ce n'est pas tant cette peur que sa solution qui influe sur la sexualité en perturbant le script sexuel.

Ces méthodes considérées comme « traditionnelles » semblent donc peu susceptibles de se généraliser, à la fois parce qu'elles sont peu efficaces, parce qu'elles nécessitent une familiarité avec son corps que semblent posséder peu de femmes, parce qu'elles sont susceptibles de perturber le script sexuel et enfin parce que l'implication de la femme seule dans la contraception peut apparaître problématique compte tenu des modèles de masculinité et de féminité dominants. Un autre groupe de méthodes permet de passer au-delà d'une partie de ces arguments : plus modernes, elles vont se répandre en France au cours des années 1950 et 1960.

2.3 Méthode Ogino et méthode des températures : des rapports programmés préjudiciables à l'harmonie conjugale ?

La méthode Ogino et celle des températures (seules autorisées par le Vatican, à partir de 1951 ; voir chapitre 3, section 2.1.1) consistent à pratiquer une abstinence sexuelle périodique³⁴ – une forme de contraception qui ne tombe pas sous le coup de la loi. La prévalence de l'abstinence à l'époque est cependant difficile à mesurer, dans la mesure où elle recouvre des réalités très diverses (périodes plus ou moins longues, plus ou moins calculées, choisies ou contraintes par la distance, décision commune ou non, etc.). Si elle a souvent été considérée par les historien·ne·s comme une alternative, voire une antithèse à l'utilisation de contraceptifs, elle fait souvent partie intégrante de la contraception et de l'expérience du sexe et de l'amour pour les couples (Szreter et Fisher 2010, chap. 6). La diffusion des méthodes de détermination de l'ovulation ne peut qu'accentuer cette tendance.

En 1970, 14 % des personnes interrogées dans l'enquête Simon ont déjà utilisé la méthode Ogino et 7 % la méthode de « surveillance des températures » (Simon et al. 1972a, p. 331). Cependant, la fiabilité de ces méthodes demeure limitée. Parmi les hommes âgés de 20 à 49 ans qui assistent aux offices au moins une fois par mois, 27 % jugent « très sûre » ou « assez sûre » la méthode Ogino – chiffre qui monte à 37 % pour la méthode des températures. Ces chiffres tombent respectivement à 15 % et 18 % parmi ceux qui n'assistent qu'occasionnellement aux offices, et à 14 % et 18 % pour ceux qui n'y assistent jamais. Ainsi, la confiance dans ces méthodes est 15 à 20 points supérieure parmi les pratiquants réguliers. Du côté des femmes de 20 à 49 ans, on observe des écarts nettement plus faibles : 20 % seulement de celles qui assistent aux offices au moins une fois par mois jugent la méthode Ogino « très sûre » ou « assez sûre », 32 % pour la méthode des températures. Ces chiffres sont

³⁴ En Italie, on parlera de la méthode « Oggi, no » : « Pas aujourd'hui ».

respectivement de 18 % et 25 % parmi celles qui n'y assistent qu'occasionnellement, et de 12 % et 21 % pour celles qui n'y assistent jamais (*Ibid.*, p. 584-587). Les hommes pratiquant sont donc un peu plus convaincus que les femmes, peut-être parce qu'ils sont un peu plus croyants (la pratique religieuse allant plus de soi pour les femmes que ce n'est le cas pour les hommes) ou peut-être parce qu'ils discutent moins entre hommes de la contraception et de ses échecs que ne peuvent le faire les femmes.

Cette moindre confiance féminine se transmet également de mère en fille, comme en témoigne Odile³⁵ :

Enquêtrice : Et du coup vous avez jamais utilisé de méthodes naturelles, je sais pas, le décompte des jours, pour voir dans les cycles où vous en étiez ?

Odile : Ah non alors ! Non non non ! J'ai une température tellement basse... J'ai toujours un cycle de 35 jours à peu près, donc c'était... c'était impossible de calculer quoi que ce soit ! Non. On m'a déjà dit que j'étais un bébé Ogino, moi, que ma mère faisait très attention... Donc j'y ai jamais cru.

C'est ici à la fois sur l'absence de congruence de la méthode avec son cycle, plus long que la norme érigée, et sur l'expérience malheureuse de sa mère, dont elle est le résultat, qu'Odile s'appuie pour rejeter l'utilisation de la méthode Ogino. Les témoignages recueillis au début des années 1970 par Roger-Pol Droit et Antoine Gallien sont également très nombreux à rapporter une tentative, souvent malheureuse, d'utilisation de telles stratégies (d'où le développement à cette époque de l'expression « bébés Ogino » ou « roulette du Vatican » pour désigner la méthode) :

On ne voulait pas d'enfant tout de suite. Alors avec ma femme on a demandé au docteur ce qu'il fallait faire. Il m'a dit : « Vous savez, c'est pas difficile, tant de jours, tant de jours, telle date, telle date et puis voilà ». Finalement on a eu notre premier enfant après dix-huit mois de mariage. On aurait préféré rester plus longtemps sans, mais j'ai une femme qui est très mal réglée, très irrégulière. Alors automatiquement, même en faisant fort attention, on n'a pas été oubliés. (Georges G. (37 ans, agriculteur), marié depuis 7 ans à Béatrice G. (26 ans, agricultrice) avec qui il a trois enfants, cité dans Droit et Gallien 1974, p. 169)

Là encore, le fait que le cycle de Béatrice G. ne soit pas parfaitement régulier et dans la norme constitue l'explication de l'échec de la méthode : pour qu'elle fonctionne, c'est ainsi le cycle des femmes qu'il faudrait modifier plutôt que la méthode elle-même. Des enquêtées évoquent elles aussi l'utilisation – et l'échec – de cette méthode, comme Thérèse³⁶ :

Enquêtrice : Et vous évoquiez tout à l'heure la méthode Ogino, vous c'est quelque chose que vous avez pu pratiquer à un moment ?

Thérèse : ... Pfou... C'est probablement comme ça que... que j'étais enceinte, oui. *A priori*, le moins possible. Je, je n'y croyais pas. Donc... À la rigueur je regardais plutôt le calendrier... Y'a dû y avoir des mois... à calendrier, quoi. (sourire)

Il faut noter ici que les souvenirs de Thérèse quant à l'utilisation de cette technique, qui ne nécessite pas de rendez-vous médical ou d'objets externes, sont très flous. Elle semble confondre la

³⁵ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

³⁶ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

méthode Ogino (basée sur le calendrier) avec une autre méthode, peut-être celle des températures. Par ailleurs, elle a peu de souvenirs de son utilisation effective des différentes méthodes – comme souvent avec celles considérées comme les plus traditionnelles, surtout lorsqu’elles sont utilisées entre ou remplacées par des méthodes médicales (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002). En outre, le fait qu’elle n’ait « pas cru » en cette méthode mais l’ait tout de même utilisée témoigne bien du fait qu’il s’agissait souvent, pour les femmes, de la seule solution disponible – sous réserve de l’accord du partenaire pour pratiquer l’abstinence au cours de certaines périodes. Dans le cas de Thérèse, on peut penser que ses relations sexuelles étaient autant que possible prévues en fonction du calendrier. C’est aussi ce que raconte Annie Ernaux lorsque, dans *Mémoire de fille*, elle revient sur sa première expérience sexuelle, à l’été 1958, un épisode « sur lequel pèsent l’interdit et l’effroi des conséquences en ces années Ogino, les pires en ce qu’elles font miroiter la tentation de huit jours de “liberté” par mois juste avant les règles » (Ernaux 2016, p. 30) : lorsqu’elle fait finalement l’amour pour la première fois, « tout va dans le sens de son désir, même, comme elle l’a sans doute calculé, le calendrier Ogino » (*Ibid.*, p. 71). Comme on va le voir, la difficile articulation du calcul nécessité par ces méthodes et de la spontanéité associée à la sexualité est cependant l’un des (nombreux) freins à sa diffusion.

La méthode des températures est quant à elle considérée comme plus fiable. On a vu dans l’enquête Simon (1972a, p. 584-587) qu’elle inspirait plus confiance que la méthode Ogino : selon les catégories, le pourcentage d’individus la jugeant « très sûre » ou « assez sûre » est de 3 à 12 points supérieur. Nécessitant une prise régulière de sa température au lever, elle est plus contraignante que la méthode Ogino. Mais en cas de mauvaise expérience avec cette dernière, le passage de l’une à l’autre est parfois avéré, comme dans cette lettre adressée à *Clair Foyer* :

Après mon premier enfant, j’ai essayé de faire confiance à mon mari, lui demandant de se gêner, aussi ai-je eu le deuxième. Là j’ai suivi la méthode Ogino, mais elle n’a pas eu plus de succès et mon petit Jacky est venu. Fatiguée et déçue, j’ai pratiqué la méthode des températures, je me croyais sauvée, trois ans sans enfants. Je recommençais à vivre. Mais une mauvaise grippe que l’on n’a pas le temps de soigner, des dents de sagesse qui percent et voilà sans même comprendre pourquoi mon quatrième s’est annoncé. (Jeune femme de 23 ans ayant 4 enfants de sept ans à sept mois, citée dans Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 32)

Cette lettre est particulièrement intéressante en ce qu’elle présente l’évolution des méthodes utilisées, de la plus évidente (le retrait) à la plus contraignante (la méthode des températures) en passant par la méthode Ogino. Ce n’est pas ici la méthode des températures en tant que telle qui est remise en cause, mais les aléas qui peuvent entraver son bon fonctionnement en perturbant la température (les maladies, mais on peut également penser au réveil des enfants les plus jeunes au cours de la nuit, qui empêche d’avoir le nombre d’heures de sommeil nécessaire à la prise de la température). Cependant, les femmes déçues par la méthode elle-même sont nombreuses.

Se pose alors la question de la responsabilité concrète de ces méthodes au sein du couple. Elle peut parfois être partagée, comme en témoigne Bernard B., qui a eu bien du mal à comprendre le

fonctionnement de la méthode des températures comme de la méthode Ogino – et qui a vu les enfants se multiplier au fur et à mesure de ces incompréhensions :

On a bien essayé la méthode des températures. Mais, moi, je comptais mal, je comptais à l'envers. On s'est rendu compte. On a essayé de compter comme il fallait. Et rebelote, un autre gosse. Après j'ai essayé le préservatif. Mais elle aimait pas ça. Moi non plus. Je voulais m'amuser un peu avant de le mettre. Et on s'est retrouvés avec un gamin. On a essayé encore la méthode Ogino. On faisait attention pendant dix jours. Seulement elle était très mal réglée. Elle pouvait très bien avoir ses époques au bout de trente jours. Le coup d'après, en vingt jours. Et celui d'après, en vingt-cinq. Ce qui fait que le moment dangereux c'était jamais le même chaque mois. Et nous on tombait dedans. (Bernard B., 42 ans, agent EDF, marié depuis vingt-deux ans à Huguette B., 42 ans, secrétaire, avec laquelle il a cinq enfants, cité dans Droit et Gallien 1974, p. 39-40)

Dans le cadre d'un couple qui fonctionne sur le modèle du « compagnonnage³⁷ », la préoccupation contraceptive peut donc être mixte même lorsqu'elle porte sur le fonctionnement du corps féminin, comme en témoigne ici l'utilisation répétée du pronom personnel « on ». Mais il semble que souvent, la responsabilité de la méthode est féminine et que, surtout, à celle-ci s'ajoute celle de convaincre le mari d'accepter des périodes d'abstinence :

Toutes les femmes interrogées, qui ont déjà une longue expérience de la méthode, sont unanimes : prendre sa température est une habitude facile à acquérir, comme de se laver les mains, et non un obstacle majeur. Plus difficile est la coopération de l'homme sans qui rien n'est possible : « Je serais d'accord, mais mon mari ne voudra pas », c'est la réflexion de bien des femmes. Cependant, bon nombre se laissent convaincre. Restent les alcooliques, les égoïstes, les faibles... Et aussi ceux que leur métier éloigne par longues périodes de leur domicile. (*Ibid.*, p. 281)

On voit à nouveau le poids de la contingence dans l'application de ces méthodes, en particulier dans le cas de couples qui se voient peu et n'ont pas de latitudes quant aux périodes où ils peuvent avoir des relations sexuelles (plusieurs femmes de marins ou de routiers écrivent en ce sens à *Clair Foyer*). C'est alors aux femmes de gérer le désir de leur mari, afin d'éviter à la fois un rapport sexuel et sa frustration (sur le sujet voir également Rusterholz et Praz 2016, paragr. 32).

Ces méthodes « modernes », reposant sur des prises de température ou des calculs, sont loin de faire l'unanimité parmi les individus ; cela participe d'ailleurs du succès persistant du retrait. L'enquête Simon souligne ainsi, à propos de la méthode Ogino, qu'elle a été la méthode la plus pratiquée par les femmes, mais qu'elle est désormais, chez les jeunes générations, dépassée par la pilule (Simon et al. 1972b, p. 188-189). Le manque d'efficacité³⁸ de ces méthodes de régulation des naissances, et les difficultés qu'elles peuvent provoquer dans le couple, font qu'elles sont rapidement abandonnées au profit de méthodes plus sûres lorsque celles-ci arrivent sur le marché.

³⁷ Voir note 4.

³⁸ Selon l'OMS, l'indice de Pearl de ce type de méthodes est aujourd'hui estimé entre 3 et 5 si l'utilisation est correcte et régulière (Haute Autorité de Santé 2013, p. 34).

Par ailleurs, ces pratiques perdent en popularité au fur et à mesure que se développe une aspiration au plaisir sexuel (Rebreyend 2003 ; Rebreyend 2004). La frustration entraînée par l'abstinence forcée va en devenir de plus en plus problématique. Dans la lignée de la question de la gestion de la fréquence sexuelle et de celle de la spontanéité sexuelle se pose le problème de l'harmonie conjugale, comme en atteste ce dernier témoignage d'une femme de 35 ans, mariée depuis dix-sept ans et mère de trois enfants, qui met dos à dos préservatif et méthode Ogino en faveur du premier :

Étant bien placée pour vous parler des deux méthodes, voilà un petit topo :

- Moyens anti-conceptionnels : décontraction physique et morale, le mari n'abuse pas, puisqu'il sait que, si sa femme est fatiguée, ou n'est pas prête à l'aimer pour une autre raison, il pourra avec patience et douceur la préparer, et un jour ou deux d'attente, ou même plus, ce n'est pas un problème.
- Méthode Ogino : amour à jours fixes, même si l'on est fatigué ; on veut bien patienter, mais étant limité par le temps, ce sont ces jours-là et pas les autres. Il nous est arrivé, puisque nous ne voulions plus frauder [c'est-à-dire recourir au retrait], d'être obligés de vivre comme frère et sœur pendant deux mois : nos élans de tendresse de correspondaient pas avec le calendrier. Je vous laisse supposer l'atmosphère de la maison, malgré notre contrôle, il y avait des jours où l'orage éclatait.

Il ne faut pas perdre de vue surtout que, dans les périodes de fécondation, la femme est beaucoup plus riche d'amour, alors que, pour les autres périodes, une fois sur deux c'est presque une corvée. (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 110-111)

L'argument principal en faveur du préservatif masculin est son influence positive sur la sexualité et, donc, le fait qu'il permet une forme d'harmonie conjugale. Si c'est le désir de l'homme qui est mis le plus en avant (c'est lui qui doit faire preuve de « patience » lorsque sa femme n'est pas disponible), le désir féminin est également dicible, comme lorsqu'elle regrette que la méthode Ogino ne permette pas d'aller au bout de leurs « élans de tendresse » communs. L'émergence et surtout la diffusion de ces méthodes contribuent à éclairer la question du désir, et sa gestion dans un couple hétérosexuel où les rôles genrés sont en mutation.

Comme le montrent bien les travaux d'Anne-Claire Rebreyend, la « frigidity » devient petit à petit le signal d'un problème, un « dysfonctionnement sexuel » au sein même du couple – ce qu'elle explique à la fois par la diffusion de la contraception et par celle de la sexologie (Rebreyend 2004, p. 70). Une phase d'« érotisation du couple conjugal » semble en effet avoir débuté au XIX^e siècle (Rebreyend 2006, p. 154-163). C'est également ce que montrent les travaux de Sylvie Chaperon sur l'émergence de la sexologie. Dès la fin du XIX^e siècle, l'entente sexuelle est considérée par les médecins comme nécessaire à la solidité des unions, et la satisfaction que procurent les rapports sexuels devient « le baromètre du bonheur conjugal » ; d'où l'importance nouvelle du plaisir féminin, qui doit être un « don » fait par son mari (Chaperon 2007, p. 34). Cette idée se diffuse progressivement dans toute la société³⁹ : « les femmes qui sont satisfaites physiquement y voient une preuve tangible de la réciprocité

³⁹ Pour des exemples précis hors France, on pourra consulter Garibian 2018, qui s'intéresse à l'émergence en Suisse romande d'une « clinique sexuelle » ; Gummy et Kraus 2018 qui développent, pour la Suisse également, l'exemple d'une « médecine du mariage » qui considère désir et plaisir féminin comme des nécessités.

de l'amour conjugal » (Rebreyend 2006, p. 533). Le MFPF reprend d'ailleurs cette rhétorique après le vote de la loi Neuwirth (voir chapitre 3), ses membres devenant selon Bibia Pavard « les militants d'une libération sexuelle des couples » (2012, p. 111). Les méthodes de détermination de l'ovulation sont ainsi problématiques car elles ne prennent pas en compte les variations du désir féminin, soumettent les couples à la frustration, et peuvent donc faire que « l'orage éclate » au foyer, comme en témoigne la dernière lettre citée.

Ce problème fondamental des méthodes qui visent à calculer le moment de l'ovulation, lié par ailleurs à leur efficacité très limitée, contribue à freiner leur propagation – si ce n'est chez les catholiques, dont on a vu cependant que l'interdiction papale de l'utilisation de la pilule en 1968 ne suffit pas à convaincre la majorité de persister dans l'utilisation de ces méthodes (Sevegrand 1995 ; Della Sudda 2016). Mais d'autres méthodes font également progressivement leur apparition, ou gagnent en efficacité, à cette période de forte recherche de moyens efficaces de limiter les naissances.

2.4 Les spermicides et le diaphragme : perturbation du script sexuel et spontanéité

Certains dispositifs féminins permettent pour leur part d'avoir des rapports sexuels à tout moment du cycle : les spermicides, d'une part, et les diaphragmes, capes et pessaires, de l'autre. Ces contraceptifs sont illégaux en France, mais il est parfois possible de se les procurer à l'étranger puis, pour les diaphragmes, grâce au Mouvement pour le planning familial et à certains médecins, qui les importent depuis l'Angleterre. Les regrouper dans l'analyse découle de trois constats : d'abord, ce sont des méthodes médicales qui commencent à être utilisées en France tardivement, du fait de la loi de 1920 ; ensuite, ces méthodes sont à placer dans le vagin, donc nécessitent une forme de familiarité des femmes avec leur corps ; enfin, ces méthodes doivent être utilisées en amont du rapport sexuel, et impliquent potentiellement une rupture de la spontanéité du script sexuel, voire une modification du script lui-même.

2.4.1 Des méthodes marginales

Les spermicides, qui peuvent se présenter sous différentes formes (crèmes, gels, ovules, etc.) sont interdits en France. Cependant ce n'est pas le cas dans certains pays limitrophes, comme l'Angleterre, l'Allemagne ou encore la Suisse. Lucien Neuwirth dira d'ailleurs, longtemps après l'adoption de la loi portant son nom, que c'est la découverte, alors qu'il était à Londres où il avait rejoint la Résistance, d'un spermicide répandu là-bas (le Gynomine) et permettant d'avoir des rapports sexuels sereinement qui l'a encouragé à soutenir la légalisation en France de la pilule contraceptive⁴⁰. Dès les années 1940, il est donc possible de trouver ce type de produits hors de France. Aux États-Unis, c'est également le cas depuis plusieurs années :

Les produits d'hygiène féminine étaient particulièrement populaires. Ce terme innocent d'« hygiène féminine », inventé par des publicitaires dans les années 1920,

⁴⁰ Voir le documentaire *Monsieur Neuwirth, tenez bon !* de Brigitte Peskine et Sébastien Graal, Effervescence Production, 2008 ainsi que l'extrait d'entretien sur le sujet cité par Bibia Pavard (2012, p. 83-84).

était l'euphémisme utilisé pour désigner les contraceptifs féminins qui se vendaient sans ordonnance : gelées, liquides ou suppositoires vaginaux, tablettes moussantes, et la toujours populaire poire à lavement accompagnée de son produit antiseptique⁴¹. (Tone 2001, p. 151)

En effet, les spermicides ont le grand avantage de ne pas nécessiter de visite chez un·e médecin et d'être relativement aisés d'utilisation – du moins pour une femme assez familière de son corps, dans la mesure où il doit être introduit ou appliqué dans le vagin.

En France, s'il demeure donc interdit, il n'en est pas pour autant complètement inconnu. Selon l'enquête Simon, en 1970, 21 % des hommes et 25 % des femmes connaissent l'existence des « gelées et crèmes » utilisées à visée contraceptive. Parmi celles et ceux-là, cependant, seul·e·s un tiers des hommes et un quart des femmes les jugent « très sûres » ou « assez sûres » (Simon et al. 1972a, p. 330). Et si l'on s'intéresse à celles et à ceux qui les ont testées seules (sans diaphragme, auquel elles sont souvent associées), les chiffres tombent à 2 % de la population, pour les hommes comme pour les femmes (*Ibid.*, p. 331). Parmi les enquêtées, la seule qui se souvient précisément avoir utilisé cette méthode est Brigitte⁴² – et ce n'est pas un hasard si elle précise qu'il s'agissait qu'un produit allemand, qu'elle a connu grâce à un partenaire suisse et qu'on ne trouvait pas en France :

Brigitte : Avec Nicolas, je suis enceinte. Donc... Alors enceinte, là on devait être... Ça devait être un an, tout de même... Oui, c'est, ça fait depuis un an qu'on était ensemble... Ah oui, et je pratiquais un truc absolument... Qui se faisait à l'époque, qui était le Speton, vous connaissez ça ?

Enquêtrice : Ah non, ça j'ai jamais entendu....

Brigitte : Ah bah voilà ! (rires) Vous m'aurez pas enregistrée pour rien ! Le « Spetone » ou « Speton », qui était un produit allemand, qu'on pouvait se procurer en Suisse, qui était un petit truc de cette taille, effervescent, qu'on se mettait au fond du vagin, qui était censé tuer les spermatozoïdes. Donc ça a marché pendant un an, mais pas... C'est pas... (rire) absolument efficace, donc je suis enceinte... Ça ça existait pas en France, hein !

Enquêtrice : Et ça se mettait avant le rapport ?

Brigitte : Oui, avant le rapport. Ça faisait « Pshit pshit pshit » c'était très désagréable ! (rires) Mais enfin, ça faisait une contraception tout de même... Donc du coup, Nicolas, il sautait pas en marche hein, comme on dit. D'où, évidemment, une vie sexuelle tout de même plus harmonieuse hein. Très, très nettement. (petit rire) Bon, donc avec Nicolas ça allait bien sexuellement, hein, révélation, tout ça, la jouissance, tout ce qu'on veut.

Ce témoignage détaillé d'utilisation du Speton nous renseigne à différents niveaux. D'abord, comme on l'a déjà souligné, Brigitte est consciente de la rareté en France du contraceptif qu'elle utilisait – c'est le fait de voyager et d'avoir elle-même des connaissances qui lui a permis d'y avoir accès, mais elle est bien sûr loin de représenter la norme. Ensuite, elle souligne que son efficacité restait limitée (au bout d'un an d'utilisation elle a finalement été enceinte et a dû trouver un moyen d'avorter). Enfin, avoir

⁴¹ “Especially popular were feminine hygiene products. An innocuous term coined by advertisers in the 1920s, ‘feminine hygiene’ was the euphemism manufacturers used for over-the-counter female contraceptives: vaginal jellies, liquids, suppositories, foaming tablets, and the ever-popular antiseptic douche.”

⁴² Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

un contraceptif réputé efficace permettait d'éviter le retrait et a complètement changé son rapport à la sexualité : avec ce nouveau partenaire (son deuxième), elle découvre finalement la jouissance et touche à une « vie sexuelle tout de même plus harmonieuse ». Malgré son efficacité limitée, le spermicide semble donc avoir des effets très positifs en matière de sexualité. Mais l'enquête Simon souligne que, sans doute pour améliorer justement cette efficacité, il est aussi parfois utilisé en association avec le diaphragme (par 1 % des hommes et 2 % des femmes interrogé·e·s ; voir *Ibid.*).

En effet, et bien qu'il demeure interdit en France, dès les années 1960 certaines femmes y utilisent le diaphragme (et même la pilule – voir *infra*). Importé de l'étranger – de nombreux témoignages mentionnent l'Angleterre – il est prescrit par certain·e·s médecins (vers lesquel·le·s le Planning oriente les femmes). Pour obtenir un diaphragme, il faut donc soit aller à l'étranger, soit trouver un·e médecin qui n'ait pas peur de contourner la loi de 1920. Dans les deux cas, la première condition est donc d'être informée : de son existence, mais aussi des moyens possibles pour se le procurer. C'est le cas de plusieurs des enquêtées, dont il faut rappeler qu'elles sont majoritairement citadines, qu'elles font des études et qu'elles évoluent donc un milieu relativement à l'avant-garde en ce qui concerne les questions de mœurs.

Ainsi, dès que Thérèse⁴³ a son premier rapport sexuel, à la fin des années 1950, pendant ses vacances, elle décide immédiatement d'aller en Suisse pour se procurer un diaphragme :

J'étais avec mes parents en vacances à Évian, sur le lac Léman. Mon copain de l'époque est venu me voir et... bon bah là c'est arrivé. Et comme j'étais une jeune femme très informée pour l'époque le lendemain matin j'ai pris le bateau, je me suis pointée à Genève, et je suis arrivée, en plus, en ayant bâti tout un roman pour justifier le fait que je voulais absolument un contraceptif. Et je suis repartie avec un diaphragme.

Elle a cependant été aidée par la proximité avec un pays où le diaphragme était autorisé et, ainsi qu'elle le souligne elle-même, elle était « très informée ». Elle indique en particulier : « Je devais lire *Elle*, et même... J'avais lu Masters et Johnsons ! ». Or, les travaux des sexologues William Masters et Virginia Johnsons n'ont été publiés en anglais qu'en 1966 et en français qu'en 1967 : Thérèse réinterprète en fait son parcours à la lumière de connaissances acquises ultérieurement. Une autre enquêtée a utilisé le diaphragme, après se l'être fait prescrire à Paris. Il s'agit de Monique⁴⁴, qui avait déjà avorté à 17 ans et qui, à l'été 1965, quelques semaines avant sa majorité, cherche une solution pour éviter une grossesse alors qu'elle s'apprête à passer des vacances avec son nouveau petit ami. Elle croise alors une amie avec qui elle avait déjà eu une discussion à propos de l'avortement :

On devait partir en vacances ensemble [avec son petit ami]. Avec d'autres copains. Et j'ai rencontré dans le train la copine qui m'avait parlé, qui m'avait transmis l'avortement, et là je la rencontre dans le train, donc on devait être, je reconstitue, on devait être en 65, puisque j'allais avoir 21 ans, la majorité était à 21 ans, [...] et elle

⁴³ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

⁴⁴ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

me parle du Planning familial. Et elle me donne l'adresse. Donc je suis allée au Planning familial... En expliquant que j'allais avoir 21 ans. À l'époque on pouvait pas s'inscrire au Planning familial si on n'était pas majeure. Et là j'avais dit que j'allais avoir 21 ans, que mes parents seraient évidemment d'accord, et que ça m'embêtait de faire cette démarche alors que j'allais avoir 21 ans dans un mois et que je partais en vacances avec quelqu'un. Donc ils m'ont dit pas de problèmes, ils m'ont donc envoyée chez une gynéco, qui m'a... Alors y'avait à la fois des pilules. Je pense. Mais y'avait surtout donc... commande en Angleterre de diaphragmes et [...] de spermicides.

À l'été 1965, deux ans et demi avant le vote de la loi Neuwirth, il est donc déjà possible de se faire prescrire la pilule ou un diaphragme (c'est ce dernier qui est proposé à Monique, peut-être parce qu'elle s'apprête à partir en vacances et qu'il a l'avantage de ne pas nécessiter de délai avant d'être efficace). C'est donc là encore parce qu'elle a obtenu une information qui n'est pas connue de toutes (l'existence du Planning et son adresse à Paris) que Monique peut utiliser le diaphragme. Il en est de même pour Brigitte, « initiée au diaphragme » grâce au Planning alors qu'elle a une vingtaine d'années. On remarque qu'ici il semble avoir été relativement aisé pour elles de se faire prescrire un contraceptif, alors même qu'elles n'étaient ni mariées, ni même majeure dans le cas de Monique. Ce sont pourtant des conditions qui sont souvent exigées.

En effet, l'autorisation de modes « féminins » de contraception ne se fait souvent que sous le contrôle du mari, et dans l'optique d'augmenter l'harmonie conjugale. C'est par exemple ce que préconisent André Barrau et Antoine Perrin lorsqu'ils évoquent à la même période cette possibilité de recours au diaphragme à propos d'une femme mariée et mère de trois enfants : « Si la femme doit être discrète, elle ne doit pas utiliser l'appareil à l'insu de son mari, mais en accord avec lui. » (Barrau et Perrin 1966, p. 101) On voit ici l'injonction contradictoire à laquelle les femmes font face : certes, leur mari doit être tenu au courant de l'utilisation d'un contraceptif, car en dernier ressort la fécondité du couple dépend au mieux des deux partenaires, au pire de lui seul. Mais, dans le même temps, la femme est invitée à se faire « discrète », pour éviter que son partenaire ne soit perturbé par l'insertion de cet objet dans l'acte sexuel. Les médecins donnent même des recommandations précises, expliquant que s'il est « indispensable que le diaphragme ne soit pas utilisé sans le consentement du mari », pour autant « il serait maladroit de l'introduire en sa présence » (*Ibid.*, p. 108). Or, cette étape de l'insertion du diaphragme n'est pas sans poser problème aux femmes, comme en témoignent plusieurs enquêtées.

En effet, le premier problème auquel se heurtent les utilisatrices de diaphragme est son utilisation pratique. C'est d'autant plus le cas pour celles qui n'ont pas un rapport familial à leur sexe, comme en témoigne André J. (38 ans, peintre), séparé, deux enfants :

Ma femme avait bien un diaphragme qu'elle avait acheté en Allemagne, mais elle n'a jamais su s'en servir correctement parce qu'elle faisait partie de ces femmes qui ne connaissent pas bien leur organisme. Alors elle ne savait pas mettre son diaphragme, ça lui faisait mal. Elle était donc souvent frustrée et moi aussi, parce que le coït interrompu, c'est loin d'être satisfaisant. (cité dans Droit et Gallien 1974, p. 239)

La promesse d'une sexualité plus épanouissante grâce au diaphragme se heurte à la réalité du manque de connaissances de la femme d'André sur son organisme, qui empêche une bonne utilisation de cet objet et augmente donc la frustration du couple. Mais même dans les cas où les femmes parviennent à l'utiliser, cet aspect peut rester problématique, comme l'explique Thérèse qui l'utilisait « en râlant », « jamais sûre que ça protège » et que ça « soit bien mis » :

Alors, j'avais beau avoir bien écouté, avoir répété, avoir fait... Je n'étais jamais sûre qu'il allait pas glisser... Puis fallait le laver... (air dégoûté) Pouah !

Ici encore se mêlent à la fois la question de la compétence à mettre le diaphragme, qui a à voir avec la connaissance du corps et de cette technique particulière, et celle du dégoût provoqué par cet objet (qui nécessite d'abord d'être inséré dans son vagin, puis d'être retiré alors qu'il y a du sperme dessus). La technique pour utiliser le diaphragme est précise, comme l'expose Brigitte :

C'est un truc comme ça... [fait le geste] Y'a des tailles, hein. C'est le col de l'utérus... Ça se... tchouk. C'est une sorte d'élastique très rigide. Euh... On a une petite boîte. Dans laquelle on le range, on l'a toujours dans son sac, etc. Plus le spermicide, comment on dit je sais pas, la crème quoi, euh... Et donc vous l'avez comme ça [me mime le geste], et faut le mettre, le barbouiller de son produit, et puis le glisser en le pinçant (petit rire), et puis le glisser au fond de l'utérus, pour qu'il s'adapte sur le col de l'utérus. Ça se sent très bien ! Ça fait « Schlack », et puis vraiment vous sentez que le col de l'utérus, vraisemblablement il... Alors le problème du truc, là, quand vous preniez comme ça [montre comment il fallait le tordre], alors des fois il partait à l'autre bout de la pièce, hein ! (rires) C'était pas... En général vous faites ça toute seule dans un coin, mais je me souviens qu'en particulier une fois j'avais... (rire) Horreur totale. Ça c'était avec... je couchais avec Paul, dans une chambre d'étudiant... Dans le Quartier latin, où les toilettes étaient dans l'escalier, machin, et pfiout, le truc est parti dans le... dans le trou des w.c.. Je sais plus comment j'ai fait après, mais enfin vous voyez, c'était des... conditions tout de même pas très pratiques.

Mettre un diaphragme est donc un geste qui nécessite non seulement une connaissance approfondie de son corps (pour pouvoir le positionner correctement sur le col de l'utérus) mais également une certaine expérience, pour éviter des mésaventures du type de celle de Brigitte. Son utilisation pouvait être d'autant plus problématique que l'eau courante, nécessaire pour le nettoyer, n'était pas disponible dans tous les logements : en effet, « dans l'agglomération parisienne, 43,2 % des logements ne disposent ni d'une baignoire ni d'une douche ni d'un lavabo » (Deshayes et Pohn-Weidinger 2017, p. 80, à partir des chiffres du recensement de 1962). Des problèmes matériels pouvaient donc s'ajouter aux difficultés dues à l'éducation des jeunes filles et aux représentations de la féminité qui leur étaient inculquées (c'était également le cas ailleurs ; pour les États-Unis, voir Tone 2001, p. 154). Ces difficultés diverses sont souvent à l'origine d'un abandon rapide de ce type de méthodes, comme le soulèvera une enquête de 1978 : « Les trop fortes contraintes d'utilisation sont souvent citées [comme causes d'abandon] pour les méthodes “diverses” : il s'agit essentiellement du diaphragme et des méthodes chimiques locales (éponges, ovules...) » (Leridon et al. 1987, p. 185). Une solution pour éviter de ressentir la pause du diaphragme comme une contrainte est de « “sexualiser” son introduction vaginale » : « la plupart des femmes qui le mettent avec leur amant le tolèrent mieux », suggère la version

française de *Notre corps, nous-mêmes*⁴⁵ (Collectif de Boston pour la santé des femmes 1977 [1970], p. 127). Cependant, aucun des témoignages trouvés ou recueillis ne rend compte d'une telle pratique.

2.4.2 Valoriser des effets positifs sur la sexualité nécessaires à l'harmonie conjugale

Si les femmes utilisent le diaphragme malgré les contraintes qu'il impose, c'est qu'il a aussi un avantage que Brigitte juge « non négligeable » : grâce à lui « on pouvait prendre son pied, si on voulait ». Cet effet positif sur la vie sexuelle des femmes est salué par André Barrau et Antoine Perrin, qui s'appuient sur l'étude réalisée par un autre médecin sur les effets sur « préservatif féminin » (autre nom du diaphragme à l'époque) :

Sur cent cinquante-trois femmes interrogées par le Dr J. Kahn-Nathan, cent vingt ont déclaré avoir une vie sexuelle plus satisfaisante, cinq seulement se sont plaintes du contraire, sept femmes frigides ont découvert le plaisir, leur frigidité étant due à la crainte d'une grossesse. (Barrau et Perrin 1966, p. 114)

Les deux médecins sont convaincus de l'efficacité des diaphragmes. Néanmoins, ils ne conviennent selon eux pas à toutes les femmes, mais seulement à celles qui sont « libérées de tout interdit religieux et psychiquement mûres, soucieuses d'assurer leurs responsabilités » (*Ibid.*). Le fait pour une femme d'assumer la responsabilité contraceptive ne va pas de soi, mais nécessite des qualités particulières. Pour celles qui parviennent à l'utiliser, le diaphragme permettrait alors une augmentation de la *satisfaction* sexuelle des femmes, voire une découverte pure et simple du *plaisir*.

Concernant ses effets exacts sur le plaisir féminin en tant que tel, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, qui prescrit des diaphragmes, a mené une étude⁴⁶ dont les résultats sont plus nuancés. Dans son échantillon, seules 32 % de femmes déclarent un plaisir plus grand, contre 53,6 % un plaisir inchangé (pour 9,1 % le plaisir est diminué, et dans 4,3 % il est éprouvé pour la première fois) (Lagroua Weill-Hallé 1967a, p. 142). La gynécologue attribue l'augmentation du plaisir à la « sécurité » que donne la méthode, qui permet à la femme d'être « de nouveau en confiance » et de « se donner à son mari sans contrainte », ce qui fait que « le plaisir renaît entre eux alors qu'il avait disparu parfois depuis fort longtemps » (*Ibid.*, p. 143). Si toutes les femmes ne ressentent pas ces effets positifs, on voit ici l'importance d'une contraception fiable en termes de plaisir.

Mais, selon la même étude, le diaphragme a également des effets positifs sur la sexualité masculine. La question n'est pas formulée de la même manière, puisqu'il s'agit de déterminer « le retentissement sur la vie sexuelle du conjoint de l'utilisation d'un obturateur » en lui posant la question suivante : « Du fait de l'absence de crainte de grossesse, les rapports sexuels sont-ils pour vous : plus

⁴⁵ Il s'agit d'un manuel écrit par des femmes, pour les femmes et visant, dans la mouvance du *self-help*, à une appropriation par les femmes des connaissances sur leurs corps afin de ne plus être dépendantes des médecins (sur le sujet voir Zancarini-Fournel 2004 ; sur le *self-help*, voir également Ruault 2016a).

⁴⁶ Son étude s'appuie sur 7 600 dossiers et 3 000 questionnaires de patientes auxquelles elle a prescrit entre 1956 et 1965 une contraception médicale (d'abord un « obturateur », la pilule à partir de 1961 et le DIU à partir de 1963).

agréables/moins agréables/pareils ». Près des trois quarts des hommes répondent par la première modalité, moins de 2 % par la seconde et 26 % par la dernière :

Les réponses positives dominent encore plus nettement que chez les femmes. Cela s'explique en grande partie parce que, jusque-là, les mesures contraceptives (c.i. [coït interrompu] ou préservatif) dépendaient de l'initiative du mari. La contraception assumée par la femme donne au mari une liberté beaucoup plus grande dans ses rapports sexuels. [...] Étant donné la défaveur qui règne dans beaucoup d'esprits masculins à l'égard de l'utilisation des obturateurs comme mesure contraceptive, nous avons enregistré ce fait avec un grand intérêt. Un pareil retentissement, sur l'agrément ressenti par le mari dans la vie sexuelle, le rend particulièrement bénéfique pour l'harmonie du couple et la stabilité de la famille. (Lagroua Weill-Hallé 1967b, p. 151-152)

Cet extrait est particulièrement intéressant parce qu'il milite pour une responsabilité féminine en matière de contraception en s'appuyant sur l'idée que celle-ci serait bénéfique également au partenaire. Par ailleurs, on voit que l'idée implicite du dernier paragraphe est que c'est la satisfaction masculine qui est la base de « l'harmonie du couple et [de] la stabilité de la famille » – ce qui est utilisé ici au profit des femmes, pour promouvoir une méthode leur permettant de maîtriser leur fécondité.

Si le diaphragme est susceptible d'augmenter le plaisir aussi bien masculin que féminin, ce n'est pas son seul avantage : il a aussi, selon l'étude de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, des effets sur le désir. Une question porte en effet sur l'« influence de ce mode de contraception sur la vie sexuelle du couple ». En réponse, 26 % des femmes témoignent d'une augmentation du désir, 5 % d'une diminution et 69 % indiquent que leur désir est resté identique (*Ibid.*, p. 138). Selon la médecin, cet effet « étonnant » noté chez un quart des femmes s'explique par le fait que « l'impulsion sexuelle de la femme est commandée cérébralement par de nombreux facteurs et que beaucoup de femmes sont “refroidies” comme elles le déclarent communément, tant l'appréhension de la grossesse domine chez elles ». Or ce manque de désir est « un grave facteur de conflit dans les ménages » (*Ibid.*), ce que montraient bien les témoignages exposés jusqu'ici – d'où l'intérêt de l'utilisation du diaphragme. Par ailleurs, les 5 % de femmes qui auraient constaté une baisse de leur désir s'expliquent par une augmentation des rapports conjugaux désormais possibles, alors même que la femme ne le désire pas et utilisait auparavant l'argument de la peur d'être enceinte : « La crainte de la grossesse a bon dos et justifie le seul rapport hebdomadaire. » (*Ibid.*, p. 139) Effectivement, l'enquête montre que dans 90 % des cas les rapports se font « plus fréquents » lorsque le diaphragme est utilisé (*Ibid.*, p. 140). Marie-André Lagroua Weill-Hallé note ainsi que souvent, lorsque la question de la contraception est résolue, toute question sexuelle ne l'est pas pour autant dans le couple :

C'est l'exemple courant du problème d'adaptation conjugale qui succède si souvent au problème contraceptif résolu et qui permet de mieux constater parfois la différence de tempérament entre époux. (Lagroua Weill-Hallé 1967, p. 139)

Même si dans la majorité des cas le diaphragme n'a pas d'effets sur le désir féminin, ou bien des effets positifs, il ne faut pas négliger le fait qu'il peut, en résolvant un problème, mettre en évidence

des « différences de tempérament » plus profondes entre individus. Selon cet argument, ce n'est donc pas tant le diaphragme lui-même qui est en jeu, ici, qu'une incompatibilité sexuelle entre individus, dont on a dit qu'elle était considérée comme étant de plus en plus problématique.

Le diaphragme joue également sur une autre dimension de la sexualité. Comme le souligne Andréa Tone, l'utiliser « nécessitait de la préparation, ce qui tuait la spontanéité sexuelle⁴⁷ » (2001, p. 154). Dans une lettre à *Clair Foyer*, une jeune femme catholique exprime bien ce problème :

Jusqu'à maintenant, nous avons voulu nous montrer loyaux et donc, pour nos première et deuxième maternités, elles étaient les bienvenues. Le troisième a commencé Ogino, le quatrième aussi. En ne voyant aucune satisfaction, on faisait attention et pratiquait le rapport interrompu : cinquième, sixième. Si bien que, maintenant, nous avons poussé plus loin en me procurant le contraceptif féminin. Avec ceci, insatisfaction car je trouve que ce moyen occasionne des unions forcées, il demande des préparatifs et oblige le mari à se donner à ce moment, ce qui ne procure aucune satisfaction. J'en définis que tous les moyens (accessoires) ont leurs ennuis car ils sont plus ou moins bien acceptés et sont antinaturels, donc ne peuvent donner entière satisfaction et tous ont leur échec. (Lambert et Lambert (dir.) 1966, p. 115)

Ce témoignage nous permet de voir à nouveau des signes de l'« errance contraceptive » commune à la période, le couple passant d'une absence de contraception à la méthode Ogino (« loyale » car autorisée par l'Église) puis, après deux échecs, au retrait (interdit) et, après deux nouveaux échecs, au diaphragme, qui n'apporte que peu de satisfaction car il « occasionne des unions forcées ». C'est aussi un problème que relève Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé. Parmi les 346 couples sur 1 733 qui ont déclaré que « l'usage d'un obturateur ne leur convenait pas », un tiers indique que « psychologiquement, la présence du diaphragme enlève pour [eux] toute spontanéité » (Lagroua Weill-Hallé 1967a, p. 123). Cependant, ce problème concernerait principalement « des femmes qui ont des rapports sexuels rares et irréguliers », alors que le diaphragme peut convenir à d'autres :

Les couples jeunes, ayant des rapports quotidiens, se plaignent par contre rarement d'un manque de spontanéité qu'entraînerait l'usage d'un obturateur. La femme ne met jamais son diaphragme « pour rien » et elle prend l'habitude de le mettre – systématiquement – assez longtemps avant l'acte sexuel pour oublier le geste de mise en place. (Lagroua Weill-Hallé 1966, p. 124)

La spontanéité que revendique Marie André Lagroua Weill-Hallé se fait au prix d'une pose quotidienne systématique du diaphragme par la femme, qui en rendant les rapports possibles en permanence rend en effet possible la spontanéité... du moins pour son partenaire, qui n'a pas eu à se préoccuper de penser à l'insérer « assez longtemps avant l'acte sexuel » pour ne plus y penser pendant (voir également chapitre 10). Monique⁴⁸ témoigne de la mise en place de cette « routine », tout en en exposant l'aspect contraignant :

⁴⁷ "It required planning, which deadened sexual spontaneity."

⁴⁸ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

Monique : Du point de vue du romantique de la situation, quand il faut... Enfin la gynéco m'avait expliqué que quand on vivait ensemble il fallait le mettre systématiquement tous les soirs avant de se coucher...

Enquêtrice : Ça se mettait longtemps avant le début de l'acte sexuel, ou juste avant le début de la pénétration ?

Monique : Bah il vaut mieux que ce soit assez longtemps avant, parce que c'est pas très... Enfin ça casse, un petit peu quand même la... l'histoire. Et au mieux, enfin voilà, quand on se déshabille, on se lave les dents et on se met ça quoi.

Afin de ne pas « casser l'histoire » (on pourrait dire le script), mettre son diaphragme devient donc une tâche hygiénique supplémentaire pour la femme, qui s'ajoute à la routine du soir. Si ce n'est pas le cas, il est en effet susceptible de venir interrompre l'acte sexuel. Cependant, lorsqu'il est utilisé avec un spermicide, qui augmente son efficacité, il faut veiller tout de même à ne pas le mettre trop en avance, car l'efficacité de celui-ci est limitée à environ deux heures – ce qui pose aussi problème lorsque plusieurs rapports sexuels ont lieu, comme l'explique Brigitte⁴⁹ :

Quand vous l'enroulez, là, faut l'utiliser avec un spermicide, donc avant chaque rapport sexuel, au bon moment tout de même, pas trois heures avant, puis après si vous avez un deuxième rapport sexuel... Faut tout de même aller remettre, soit de la crème, mais pas enlever le dia... Enfin je me souviens plus exactement, mais enfin c'était assez compliqué, faut pas enlever le diaphragme parce que les petits spermatozoïdes d'avant ils risquent de... plouf ! Monter, donc... C'était le diaphragme. C'était pas le pied, mais enfin c'était une contraception efficace.

Ainsi la gestion de la temporalité du ou des rapports devient cruciale – et c'est aux femmes qu'elle incombe. Or, il est parfois difficile de savoir à l'avance le moment où un rapport sexuel aura lieu, comme le souligne Nicole⁵⁰ qui avait justement décidé de ne pas l'utiliser à cause de cela :

J'en ai parlé avec des copines, qui disaient que c'était pas... Voilà, qu'il fallait prévoir quand on allait faire l'amour, quoi, donc c'était pas... C'est pas bien commode, parce que des fois on prévoit pas.

Son utilisation est peut-être justement particulièrement compliquée lorsque les partenaires ne vivent pas ensemble et n'ont pas un rythme de rencontre régulier, comme c'est le cas pour la majorité de nos enquêtées, qui ont utilisé le diaphragme dans le cadre de relations prémaritales. Elle a enfin une influence directe sur le script même de l'acte sexuel, en rendant très difficile d'avoir plusieurs rapports pénétratifs avec éjaculation au cours d'une même nuit, dans la mesure où il faut attendre plusieurs heures avant de pouvoir le retirer sans qu'il perde en efficacité, comme l'explique Brigitte :

Et surtout après, premier rapport sexuel, fallait soit le retirer, relaver, remettre du sperm[icide]... du produit etc., et c'était, à ce moment-là les autres spermatozoïdes pouvaient passer. Donc ça interdisait un peu une folle nuit de beaucoup de rapports sexuels.

C'est donc un objet qui semble, si l'on en croit les divers témoignages, plus adapté à une sexualité conjugale réglée et limitée qu'à une sexualité spontanée et faite de « folles nuits ». Cette

⁴⁹ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

⁵⁰ Professeure en lycée professionnelle retraitée, 72 ans, célibataire, un enfant.

limitation du diaphragme peut d'ailleurs être annoncée à l'avance, comme en témoigne cette ancienne militante du Planning familial de Pau qui se remémore la première fois où elle a entendu parler du diaphragme, avant d'adhérer au Planning, alors qu'elle discutait justement avec une des militantes :

C'est que, en me parlant du diaphragme, je ne me souviens plus des détails, je ne sais pas ce qui l'avait amenée à me dire à propos de l'utilisation du diaphragme « ... à moins que vous ne passiez des nuits folles... » Je ne me rappelle plus du reste ! [...] Je me suis dit « on peut passer des nuits folles »... [...] Je me suis dit « C'est assez ennuyeux, il y a des gens qui savent ce que c'est que "les nuits folles", moi non ». (Bruneton (dir.) 2005, p. 74)

Tout en révélant potentiellement des possibilités sexuelles insoupçonnées, l'objet trace ainsi les contours d'une sexualité normée et normale – son but n'est pas tant de permettre une « licence » sexuelle que d'agir sur « le contexte familial ». En témoignent les nombreuses lettres présentées par Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé et selon lesquelles le diaphragme a sauvé le couple ou la famille de l'utilisatrice (Lagroua Weill-Hallé 1967a, p. 153 et suivantes), dans le droit fil d'une rhétorique étudiée au chapitre précédent :

En guérissant la frigidité, en augmentant le plaisir du mari, en multipliant les relations sexuelles entre époux, nous contribuons à améliorer l'atmosphère familiale. (Lagroua Weill-Hallé 1967, p. 153)

Les effets positifs sur la sexualité ne sont donc pas tant recherchés pour eux-mêmes que parce qu'ils apparaissent désormais nécessaires, via l'augmentation du plaisir *du mari*, à l'amélioration de « l'atmosphère familiale », et donc à la pérennité du couple. Les évolutions du plaisir, du désir ou encore de la fréquence des relations ne sont que des signes de l'harmonie conjugale – du moins en théorie. Il ne faut en effet pas perdre de vue qu'en ces années de débats intenses autour du *birth control*, il s'agit également de mettre en scène celui-ci pour prouver qu'il ne conduira pas à une « libération sexuelle » qui verrait la fin du couple, comme le craignent ses adversaires (voir *supra*). Le diaphragme peut d'ailleurs parfois attiser la jalousie, comme en rend compte une autre ancienne militante du Planning familial de Pau :

Cela me rappelle autre chose, une femme qui avait dit que la contraception avait mis dans son couple un problème, celui de la jalousie. Elle m'avait dit : « Maintenant quand je pars seule, il faut que je laisse mon diaphragme dans le tiroir de la table de nuit. Mais mon mari n'a jamais eu l'idée que je pouvais en avoir deux ! Pour lui, je pouvais le tromper tout le temps avec ça ! » (Bruneton (dir.) 2005, p. 81)

La peur des effets de la contraception sur la sexualité féminine n'est jamais très loin et doit être en permanence désamorcée, que ce soit par ses promoteurs/trices ou par les femmes qui l'utilisent.

3 Conclusion

Au terme de ce panorama des méthodes disponibles, il semble qu'avant la diffusion de la contraception médicale, ce sont principalement les hommes qui prennent en charge l'évitement des naissances dans le couple – avec plus ou moins de succès. De leur côté, les femmes se heurtent à

l'absence de méthodes véritablement fiables ainsi qu'au stigmate que peut engendrer un intérêt affiché pour ce qui concerne de près ou de loin la sexualité. Il ne faut pas oublier cependant que, dès les années 1960, des femmes se voient prescrire la pilule, généralement sous le prétexte de réguler des règles douloureuses ou de venir à bout de certaines formes de stérilité : Marie-André Lagroua Weill-Hallé le fait à partir de 1961, le Planning le fera également rapidement. Au moment du vote de la loi Neuwirth, on estime à près d'un demi-million le nombre de femmes prenant déjà la pilule (Leridon et al. 1987, p. 46). Le stérilet fait également son apparition en France au même moment, mais sa diffusion reste très limitée avant 1968.

Ainsi, à partir des années 1950 et surtout 1960, les méthodes prises en charge par les femmes, même si elles permettent de préparer la diffusion de moyens médicaux considérés comme plus simples d'utilisation (et qui seront plus efficaces), ne réussissent pas à détrôner le retrait, dont les échecs ne sont pas tant attribués à la méthode elle-même qu'à une mauvaise pratique de celle-ci. Les méthodes utilisées avant la diffusion de la pilule sont généralement considérées comme compliquées et peu efficaces, d'où une « errance contraceptive » que l'on retrouve dans de très nombreux témoignages, à l'heure où la question du contrôle des naissances se pose de façon de plus en plus aigüe (Sauvy 1962). Or, la sexualité se retrouve au cœur du débat, parce qu'elle commence à être considérée en France comme un signe de santé du couple. Un couple harmonieux, c'est un couple dont la sexualité est harmonieuse : avant que l'on ne parle encore de « santé sexuelle » (Giami 2007), le tournant de la contraception médicale contribue à faire de la sexualité un pilier du couple, d'où la prise en compte centrale de celle-ci dans le choix de la méthode à utiliser (More 2004, p. 85 ; Rusterholz 2017, p. 403). La France semble d'ailleurs être, dans ce tournant, en retard sur les pays anglo-saxons, où depuis le milieu du premier XX^e siècle la sexualité est considérée comme essentielle pour les couples (Fisher 2006). À partir des années 1950, les travaux de Masters et Johnson, qui visent à soigner les « problèmes sexuels » du couple (impuissance de l'homme, absence d'orgasme de la femme), en témoignent bien pour les États-Unis, alors que la sexologie mettra plus longtemps à s'implanter en France (Michels 2013, p. 86-87). Or, celles qui prennent en charge ce pilier du couple que devient la sexualité, ce sont les femmes, bénéficiaires – et donc responsables – des découvertes en matière de contraception. Si l'on entre bien dans une période de prise en compte du plaisir des deux partenaires, c'est au prix d'une mise au travail contraceptif des femmes.

Ainsi, à travers la progressive diffusion de modes de contraception qui préparent le terrain à celle de la pilule, c'est d'abord au passage d'une compétence masculine à une responsabilité féminine que l'on assiste progressivement. Mais étudier cette période à partir des méthodes contraceptives employées permet également de mettre au jour l'importance de la prise en compte genrée du désir et du plaisir sexuels dans le couple. La question de la régulation des naissances est centrale pour comprendre ce qu'est la sexualité des hommes et des femmes avant l'apparition de la contraception hormonale – et comment on va progressivement passer d'une sexualité *contraceptive*, dominée par le retrait, à une

sexualité *contracptée*. Or, cette transition va rapidement entraîner de vifs débats sur « les effets de la pilule sur la sexualité », laissant de côté l'idée que d'autres méthodes aient pu modeler les scripts sexuels et, surtout, postulant une forme d'« état de nature » fantasmé de la sexualité par rapport à la contraception hormonale. C'est donc en gardant à l'esprit que la pilule n'est pas une « révolution » soudaine qui bouleverserait une situation figée que l'on peut s'intéresser à sa diffusion progressive dans la société française ainsi qu'à la manière dont elle va recomposer la sexualité des individus.

Chapitre 5. De la diffusion de la pilule à la banalisation du préservatif

La parution progressive des décrets issus de la loi Neuwirth et permettant la mise en application de celle-ci, à partir de 1969 seulement, et jusqu'en 1972, va rendre plus facile pour les femmes de se procurer celle que l'on désigne désormais sous le simple nom de « pilule » – comme s'il ne pouvait plus y en avoir qu'une. L'accès à la contraception est entériné et facilité en 1974 par la première loi Veil, qui autorise le remboursement par la Sécurité sociale de la pilule et du dispositif intra-utérin, plus communément désigné sous le nom de « stérilet », lève l'obligation du carnet à souche (que devaient conserver les pharmacies pour recenser les femmes utilisant une contraception) et rend la contraception accessible aux mineures sans autorisation parentale (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel 2012, p. 124). Mais au début de ces années 1970, alors qu'émergent de nouveaux mouvements féministes, et en particulier le Mouvement de libération des femmes (Bernheim et al. (dir.) 2009 ; Picq 2011), c'est autour de l'avortement que se cristallisent les luttes des femmes. Après des années de combat, il est finalement dépenalisé de manière provisoire, pour cinq ans, par la loi Veil de 1975, qui sera finalement reconduite sans limites de temps (il ne sera remboursé qu'en 1982). Au milieu des années 1970, il est donc possible et légal pour une femme, en France, de maîtriser sa fécondité.

Bien que la pilule ne soit pas « en vente dans les Monoprix », comme le conseillait dès 1966 le chanteur Antoine¹, le nombre de femmes qui l'utilisent ne fait qu'augmenter. En 1988, c'est ainsi à elle que recourent la moitié des femmes utilisant un mode de contraception (et cinq femmes sur six dans ce cas entre 18 et 25 ans) (Toulemon et Leridon 1991, p. 783). Cependant, cette augmentation progressive du recours à la contraception hormonale ne signifie pas l'abandon instantané de toutes les autres méthodes : le DIU, en particulier, devient progressivement le mode de contraception privilégié des femmes ayant déjà eu le nombre d'enfants désiré. Les méthodes plus anciennes, quant à elles, continuent à être utilisées malgré leur moindre efficacité, soit par habitude, soit par manque de connaissances générales sur la contraception et la manière d'y accéder, soit comme solutions d'attente, soit encore par peur des méthodes médicales. Sur le début de la période, on peut distinguer « des décalages importants entre les discours et les pratiques mais aussi entre le temps immédiat du changement législatif, le temps moyen de son application et le temps long du changement des mœurs contraceptives » (Pavard 2012, p. 119). Poser des bornes chronologiques précises est donc difficile lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une évolution des pratiques et des comportements progressive et différenciée, en particulier selon l'âge et le milieu social.

¹ Antoine, *Les élucubrations d'Antoine*, 1966 : « J'ai reçu une lettre de la Présidence / Me demandant : "Antoine, vous avez du bon sens / Comment faire pour enrichir le pays ?" / "Mettez la pilule en vente dans les Monoprix" »

En 1981, alors que continuent d'augmenter en France le taux d'utilisation de la pilule mais également celui du DIU, est identifié aux États-Unis un virus qui va remettre en cause la « sexualité libérée » promise par la dissociation de la procréation et de la sexualité pénétrative au profit d'une « sexualité protégée » (Gianni et Spencer 2004). Le VIH, pour « virus de l'immunodéficience humaine », finalement identifié en 1983 par une équipe française de chercheurs/ses, est en effet responsable d'une maladie potentiellement mortelle : le sida (pour « syndrome d'immunodéficience acquise »). Si l'on pense d'abord que seules certaines populations sont concernées par ce danger (les homosexuels et les usager·e·s de drogue en particulier), la fin des années 1980 voit une diffusion de la contagion dans toute la population. Le 1^{er} décembre 1988, à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé, a lieu la première « Journée mondiale du sida ». La seule manière de prévenir ce danger mortel est un objet considéré comme démodé : le préservatif masculin. Petit à petit, l'utilisation du préservatif pour les relations occasionnelles ou les débuts de relation va faire l'objet de campagnes médiatiques, axées en particulier vers les jeunes, et se diffuser dans les mœurs. Ce n'est qu'à partir de 1996 que la découverte des traitements antirétroviraux (trithérapies) permet l'amélioration de la durée et de la qualité de vie des personnes séropositives – et fait du VIH une maladie chronique plutôt que systématiquement mortelle.

Libéralisation de la contraception, dépénalisation de l'avortement et apparition du VIH s'inscrivent dans une société en mouvement et n'ont pas sur la société d'effets « purs ». Cependant, ils représentent des évolutions du contexte dans lequel se déroule la sexualité hétérosexuelle « banale », la peur de la maladie croissant tandis que continue à décroître celle d'une grossesse non désirée. En ce sens, ils jouent à la fois sur le script sexuel, sur le désir et le plaisir, mais aussi plus largement sur les rapports et les identités de genre qui façonnent les représentations et pratiques sexuelles.

1 Une contraception médicale féminine qui permet la « libération sexuelle » ?

En mai 1968, cela fait tout juste six mois qu'a été promulguée la loi Neuwirth. C'est bien souvent dans un même mouvement que l'on se remémore la diffusion de la pilule et une « libération sexuelle » que l'on associe aux révoltes étudiantes de « mai 68 ». Cela laisse de côté la dimension de conflit de classe du mouvement au profit d'une représentation exclusive en tant que conflit de générations (Zancarini-Fournel 2008). Or la diffusion de la pilule, le contexte dans lequel elle a lieu (alors que la lutte pour la dépénalisation de l'avortement se poursuit) et ses répercussions sont à comprendre dans un temps beaucoup plus long, et en prenant en compte toute la population plutôt que les seul·e·s étudiant·e·s.

Si elle n'est autorisée qu'en décembre 1967, il faut avoir à l'esprit que la pilule contraceptive est déjà utilisée avant cette date par un demi-million de femmes, officiellement dans le cadre de la régulation de leurs règles ou pour remédier à des problèmes de fertilité (Leridon et al. 1987, p. 46). Avec

la libéralisation de la contraception, sa diffusion s'intensifie – une trentaine de sortes différentes sont commercialisées dans le monde au milieu des années 1970 (Rebreyend 2008c, p. 246). Mais par un glissement sémantique, « les pilules contraceptives » deviennent « la pilule », comprimé dont la qualification n'apparaît même plus nécessaire et seule contraception « moderne » envisageable. « La pilule », varie pourtant : sa formule évolue au fil du temps, le dosage hormonal (et donc la probabilité d'effets secondaires sur la santé) diminuant progressivement. Mais son principal avantage ne connaît pas de modification : le comprimé se prend en dehors de l'acte sexuel, il ne le perturbe pas et n'a pas, contrairement au diaphragme, à être placé dans le vagin en amont ou, comme le DIU, à demeurer dans l'utérus en continu. Cette « *wonder pill* », « pilule miracle » (Marks 2001, p. 186), permet ainsi de dissocier complètement non seulement sexualité et *procréation*, mais également sexualité et *contraception*.

Si les effets négatifs de la contraception sur la spontanéité des rapports semblent disparaître, cela ne signifie pas pour autant que la pilule n'a pas d'incidence sur les pratiques et les représentations sexuelles – bien au contraire. Sa diffusion a souvent été associée aux idées de « libération sexuelle » et d'émancipation féminine. Elle permettrait en effet aux femmes de maîtriser seules et de manière autonome leur fécondité et donc de se débarrasser complètement de la crainte d'une grossesse non désirée. Cependant, l'étude au chapitre 4 des méthodes existantes témoigne bien du fait que rendre la pilule seule responsable des changements qui se produisent entre les années 1960 et les années 1980 dans les mœurs sexuelles en France est exagéré. L'aspiration à une contraception efficace est perceptible en France au moins à partir des années 1950. La légalisation de l'usage de la pilule est le résultat plutôt que la cause de cette aspiration – de même en ce qui concerne l'aspiration au plaisir sexuel, discernable bien avant que la loi Neuwirth n'autorise la contraception médicale. Ainsi, Anne-Claire Rebreyend identifie le « développement de l'hédonisme conjugal » (2008c, p. 228) dans la période qu'elle désigne sous le nom de celle de « l'intime questionné », entre 1939 et 1965².

Il ne s'agit donc pas ici d'essayer de distinguer un effet mécanique de la diffusion de la pilule contraceptive sur la sexualité. Cependant, la contraception médicale³ (pilule mais également DIU) va avoir un effet de catalyseur et d'accélérateur de certaines modifications des comportements. Il faut donc comprendre comment la diffusion progressive de la pilule et du DIU, mais également les évolutions des représentations associées à ces méthodes, s'intègrent dans et agissent sur les changements sociaux plus généraux que traverse, du début des années 1970 à la fin des années 1980, la société française.

L'image de la pilule évolue progressivement et le mythe qui l'entoure se construit au fur et à mesure de sa diffusion dans la population. La généralisation de la contraception médicale, en particulier

² Entre « l'intime feutré » (1920-1939) et « l'intime exhibé » (1965-1975)

³ Le diaphragme, qui nécessite une prescription médicale, peut également être considéré comme une méthode médicale de contraception. Néanmoins, compte tenu du déclin très rapide de son utilisation après la légalisation de la pilule et du DIU, on utilisera l'expression « méthodes médicales de contraception » pour désigner seulement ces deux dernières méthodes.

hormonale, a par ailleurs des conséquences multiformes, tant en ce qui concerne le script sexuel que sur les corps des femmes et leurs responsabilités concernant la fécondité du couple.

1.1 De l'harmonie conjugale à la libération sexuelle, la construction du mythe de « la pilule »

La promotion de la contraception s'appuie sur l'idée qu'une sexualité efficacement contraceptée est positive non seulement pour les individus à titre personnel, mais également pour le couple et, donc, pour la famille tout entière. La pilule ne fait pas exception à la règle, bien au contraire : dès janvier 1967, elle est présentée dans *France-Forum* par la journaliste Cécile Delanghe comme « un remède miracle, capable de guérir toutes les frigidités, d'apaiser toutes les anxieuses, de guérir toutes les phobiques et de recoller tous les couples cassés⁴ ». L'article souligne également qu'avec la pilule « ce ne sont pas des hormones qu'on veut nous donner ; c'est de l'espoir », et parle à son propos de « nouveau mythe ». Avant même sa légalisation, la dimension « libératoire » de la pilule sur le comportement sexuel (des femmes) est mise en avant par celles et ceux qui font sa promotion : « la pilule est montrée comme l'instrument d'un mieux-être dans le couple, un moyen de libérer la sexualité des femmes sans, pour autant, remettre en cause le désir d'enfant » (Pavard 2012, p. 80). Cependant, cette libération doit se limiter à des situations restreintes : la pilule n'est pensée que dans le cadre d'une relation conjugale stable et visant aussi à procréer et est donc d'abord, jusqu'en 1974, refusée aux mineures sans autorisation parentale (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel 2012 ; voir également voir chapitre 3, section 2.2.2).

Cette vision de la pilule est à resituer dans le cadre du débat public qui va mener à sa libéralisation (voir chapitre 3). Ses promoteurs/trices ont tout intérêt à présenter ce nouveau contraceptif comme positif pour le couple, s'opposant ainsi à celles et ceux qui prédisent une débauche généralisée. Ce n'est donc pas tant aux témoignages unanimement laudatifs réunis par des journalistes dans le cadre d'un combat pour la légalisation de la pilule qu'il faut s'intéresser, qu'à celui des femmes et des hommes qui ont vécu sa légalisation. À peine quelques années après celle-ci, en mai 1970, le magazine *Elle* est d'ailleurs déjà plus nuancée dans sa présentation de la pilule. Dans le cadre d'un article intitulé « Le désir, le plaisir, le bonheur du couple et la pilule⁵ », sont ainsi présentés trois témoignages divergents de femmes mariées : « Quand la pilule rend infidèle », « Quand la pilule arrange tout », « Quand la pilule ne change rien ». Les propriétés miracles de la pilule s'effacent déjà.

Cependant, la représentation actuelle de la pilule semble bien loin de ces images. C'est aujourd'hui à une « révolution sexuelle » proclamée qu'elle semble attachée et non plus à la recherche d'une harmonie conjugale. Considéré comme un vecteur de la « liberté sexuelle », ce médicament « révolutionnaire » est « brandi comme un outil de “libération sexuelle” des femmes, même si certaines féministes soulignent que la libération ne se résume pas à la pilule » (Rebreyend 2008b, p. 452-453). Comment s'est produit ce changement dans les représentations au fur et à mesure de la diffusion de la

⁴ Cécile Delanghe, « Un nouveau mythe : la pilule », *France-Forum*, janvier 1967 (citée dans Pavard 2012, p. 80).

⁵ Christian Bretagne, « Le désir, le plaisir, le bonheur du couple et la pilule », *Elle*, 18 mai 1970.

pilule, et sur quoi s'appuie-t-il ? Pour répondre à cette question, il faut comprendre comment se déroule, au début de ces années 1970, la diffusion de la pilule contraceptive ainsi que celle du DIU, délaissé par la mémoire collective. Mais il faut aussi interroger l'évolution des représentations charriées par ce « mythe », entre harmonie du foyer et débauche sexuelle.

1.1.1 Derniers obstacles et premiers succès

Au cours des années 1970 et 1980, la pilule devient progressivement le contraceptif le plus utilisé en France. À partir des chiffres de vente des plaquettes, on peut ainsi estimer que le taux d'utilisatrices parmi les femmes de 15 à 49 ans⁶ passe de 4 % en 1968 à 27 % en 1985 (Leridon et al. 1987, p. 72). Il ne s'agit pas ici de comprendre ce qui a permis sa diffusion et la construction de l'évidence de son recours dans les représentations comme dans les pratiques⁷, mais plutôt de déterminer les changements d'image qui accompagnent cette diffusion.

Lorsqu'elle commence à être commercialisée en France, la pilule est plutôt limitée – et donc assimilée – à « la fraction la plus jeune, urbanisée, instruite et favorisée de la population » (Rebreyend 2008b, p. 454 ; voir également Leridon et al. 1987, p. 85). En 1970, si l'on suit l'enquête Simon, ce sont ainsi 18 % des femmes de 20-49 ans ayant fait des études après le cycle primaire qui l'ont déjà utilisée contre 11 % de celles qui n'ont qu'une instruction primaire ; 21 % de celles vivant dans des villes de plus de 100 000 habitant·e·s contre 12 % de celles résidant dans des villes de moins de 10 000 habitant·e·s (Simon et al. 1972a, p. 779). Parmi les femmes interrogées dans le cadre de mon enquête, toutes celles qui étaient étudiantes à cette période se sont vu prescrire la pilule⁸. La pilule apparaît ainsi plutôt comme l'apanage des classes moyennes et supérieures. Elle va conserver longtemps cette image, comme en atteste Olivier Schwartz dans le cadre de l'enquête qu'il mène au début des années 1980 dans une cité ouvrière du Nord de la France. Il insiste en effet sur le fait qu'elle n'est pas « un médicament “idéologiquement” neutre » dans la mesure où elle est associée à la sexualité et au plaisir, aux dépens de la fécondité, qui reste une des bases de la féminité dans les milieux ouvriers où le travail salarié féminin après le mariage est peu développé (Schwartz 1990, p. 142).

La pilule peut donc être perçue de manière négative, comme en témoigne cet extrait d'une lettre envoyée à la fin des années 1960 par un jeune homme à Menie Grégoire dans le cadre de son émission :

⁶ Il faut avoir en tête que toutes n'ont pas besoin (certaines n'ont pas de rapports ou sont infertiles) ou ne désirent pas utiliser de contraception (certaines cherchent à concevoir).

⁷ C'est ce que fait Alexandra Roux dans son travail de thèse en cours, portant sur la construction de l'évidence sociale et médicale de la pilule en France. Elle s'y interroge en effet sur la manière dont la pilule est devenue, en France, le contraceptif le plus utilisé – au détriment de tous les autres. Elle s'intéresse pour cela aux différents types d'acteurs/rices impliqués dans l'émergence de cette évidence : médecins, expert·e·s, industries pharmaceutiques et mouvements féministes.

⁸ Seule Brigitte a eu un DIU pendant une année à cette époque-là (en 1968-1969), donc très précocement par rapport à sa diffusion, avant de l'enlever à cause d'une salpingite ; mais elle ne se souvient plus si elle l'avait demandé ou s'il lui avait été proposé par le « grand ponté » qu'elle avait consulté (lui-même membre fondateur du Planning familial et l'un des très rares praticien·ne·s en France à poser des DIU avant la parution, en 1972 seulement, des décrets de la loi Neuwirth autorisant son utilisation).

Un étudiant parisien est « désespéré sur l'avenir des jeunes filles qui jonchent nos rues (*sic*) à l'heure où elles seraient mieux au lit ! Ou celles des facultés qui prennent des pilules en permanence et en quantités remarquables ! » Le nombre de pilules prises serait proportionnel au nombre d'actes de débauche. (Gauthier 1999, p. 131)

C'est ainsi à une « débauche » féminine que peut être associée la pilule dans les années 1960 et 1970, malgré les efforts de ses promoteurs/trices pour en faire un symbole d'harmonie conjugale. Cette image négative de la pilule est particulièrement prégnante lorsqu'il s'agit de discuter de son utilisation par les plus jeunes. Une enquêtée, Anne⁹, a ainsi été enceinte à 16 ans (au début des années 1970), après son premier rapport sexuel, car celui-ci n'avait pas été protégé. En effet, elle n'avait pas osé demander à ses parents de prendre la pilule car « [son] père aurait dit non, et il [l]'aurait enfermée ». Comme le note Olivier Schwarz, « une fille qui prenait la pilule allait “coucher avec tout le monde” » (Schwartz 1990, p. 143), et la pression sociale sur les jeunes femmes reste forte, le risque d'être considérée comme « une pute » (Clair 2012b) n'étant jamais loin. Brigitte¹⁰, qui tombe enceinte en 1970, alors qu'elle a 26 ans, un logement et un emploi – mais sans être mariée, et sans savoir qui de ses deux partenaires est le père (ce qui n'est un problème ni pour elle ni pour eux) – encourt le même stigmate. Elle se souvient de la réaction de son père :

J'avais dit bravement à mes parents que j'étais enceinte. Dont à mon papa, en lui disant « Bah oui, mais je sais pas de qui ! » (rires) Et mon père avait eu cette... (rire) cette remarque extraordinaire, il avait dit « Qu'est-ce que je vais pouvoir dire aux Bertin, qui sont une famille très catholique ?! ».

Comme on le voit, la crainte d'une stigmatisation qui, de Brigitte, s'étendrait à sa famille, est primordiale. Mais cette peur d'une « débauche » amenée par la pilule, qui peut ralentir sa diffusion, ne se limite pas aux jeunes femmes. En effet, nombreux sont encore les hommes qui s'y opposent lorsqu'elle apparaît sur le marché, craignant que ce nouveau contraceptif ne leur prenne une responsabilité qu'ils considèrent comme centrale dans leur masculinité – et n'encourage les femmes à les tromper (Marks 2001, p. 198). Au milieu des années 1960, la journaliste Fanny Deschamps montre ainsi que certains hommes s'opposent à la pilule pour certaines femmes – les leurs – mais pas pour d'autres – leurs maîtresses (Fanny Deschamps 1968, p. 229). Dans cette division des femmes entre *La maman et la putain* (le film de Jean Eustache sort d'ailleurs en 1973), c'est du côté de « la putain » qu'est reléguée la pilule. Si elle n'est pas convenable pour toutes les femmes, c'est parce qu'elle remet en jeu la féminité traditionnelle :

La contraception menace les images traditionnelles de la féminité et de la virilité, elle porte atteinte aux stéréotypes : celui du garçon dressé à jouer un rôle actif dans la conquête féminine (on disait « tomber » une fille, sous pilules elle est déjà « couchée »), celui de la fille préparée à défendre sa virginité, à se sentir souillée si elle se donne, à n'accepter le plaisir que si l'acte sexuel doit être suivi de grossesse. (Képès 1972, p. 12)

⁹ Chargée de mission en santé et doctorante, 60 ans, mariée, deux enfants.

¹⁰ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

La sexologue et gynécologue Suzanne Képès met bien au jour la manière dont cette innovation technique peut en fait s'avérer problématique en termes de rapports de genre. En rendant les femmes seules actrices de la contraception, la pilule rend obsolète la compétence masculine de maîtrise de soi qui s'actualisait dans le retrait. Ce faisant, elle est donc susceptible de remettre en cause leur masculinité, ainsi qu'en témoigne la liste des qualificatifs employés par les hommes pour la qualifier, « qui sont tous des stops contre lesquels vient buter [leur] élan viril : bouclier, mur, digue, barrière, barricade, feu rouge (!), imperméable... » (Fanny Deschamps 1968, p. 229). Dix ans plus tard, on retrouve encore le même type de réticences dans les milieux ouvriers que va observer le journaliste Jacques Frémontier, où il semble difficile parfois d'abandonner le retrait, « orgueil de la responsabilité virile, qui confirme l'homme dans son statut dominateur – et la revanche du lit vient ici compenser l'humiliation de l'atelier » (Frémontier 1980, p. 48). Abandonner la responsabilité (et la prérogative) en matière de fécondité peut donc entraîner une remise en cause à la fois de la masculinité et des rapports de genre.

L'un des avantages de la pilule, comme du stérilet, permet cependant de faire oublier que leur maîtrise féminine s'oppose à la répartition genrée traditionnelle en matière de gestion de la sexualité. En effet, ils n'interfèrent pas directement dans l'acte sexuel : ils permettent donc le maintien pour les femmes de ce que l'historienne britannique Lara Marks qualifie d'« aura de passivité ». S'intéressant à la pilule, elle explique en effet qu'elle « était révolutionnaire en ce qu'elle permettait aux femmes, tout en prenant leurs précautions, de préserver une apparence de passivité¹¹ » (2001, p. 195). Cette caractéristique de la contraception médicale féminine participe de son succès : grâce à elle, il devient possible de se préoccuper de contraception sans pour autant avoir affaire directement avec la sexualité, et donc de maintenir jusqu'à un certain point les apparences d'une féminité traditionnelle.

Des justifications en termes esthétiques ou médicaux peuvent également être mobilisées pour remettre en cause l'utilisation de la pilule. C'est par exemple ce qu'explique Jean-Yves, un des ouvriers interrogés par Jacques Frémontier, qui préfère « se sacrifier un peu plutôt que de faire prendre la pilule à [sa] femme » :

Je n'aime pas la pilule. Le dernier coup que Michèle l'a prise, je croyais que c'était une vache qui sortait. Le stérilet, je n'aime pas ça non plus. Pour moi, les femmes qui prennent ça, c'est des femmes foutues. Ce n'est plus des femmes comme les autres. Pour moi, elles ont le corps endormi. Je préfère me retirer. Ma femme, ça ne lui fait rien. J'ai fait ça pendant deux ans et demi. La pilule, elle n'en veut pas non plus. Je veux bien continuer pendant vingt ans. (Frémontier 1980, p. 43)

Le fait que Jean-Yves refuse également le stérilet, pourtant non hormonal, montre bien que la prise de poids éventuelle de sa conjointe recouvre des inquiétudes plus profondes, et à nouveau en lien avec le genre : une femme contraceptée ne serait ainsi plus « une vraie femme » – ce qui risque sans doute de ternir la valeur de sa propre masculinité. Cette crainte peut d'ailleurs être relayée par les

¹¹ “The pill was revolutionary in that it allowed women to preserve the appearance of passivity while taking some precaution.”

médecins, comme en témoigne au début des années 1970 Valérie F. (45 ans) mariée depuis 22 ans à Xavier F. (46 ans, industriel), avec lequel elle a deux enfants.

Ah... on entend tellement de choses au sujet de cette pilule. J'avais été voir un médecin homéopathe qui m'avait dit que les femmes qui prenaient la pilule, il arrivait à les distinguer tout de suite dès leur arrivée dans son cabinet, parce qu'elles étaient... comment je vais dire... elles n'attiraient plus, elles n'étaient pas désirables. Je ne sais plus comment il disait ça, mais une femme prenant la pilule, le mari n'a plus envie d'elle. (Droit et Gallien 1974, p. 115)

On retrouve ici les arguments de certains députés au moment des débats sur sa légalisation : « En effet, pas de cycle, pas de femme, pas de libido. Finies ces fantaisies, finies ces chatteries qui font le charme féminin. [...] Et la première vengeance de la nature est que le partenaire s'éloigne » (M. Henriot, républicain indépendant, cité par Mossuz-Lavau 2002, p. 53). Plutôt qu'une apparition du désir féminin, c'est une disparition du désir masculin qui est donc mise en avant par celles et ceux qui restent sceptiques quant à ce nouveau contraceptif miracle.

Cependant, ces réticences vont petit à petit s'amenuiser dans la population, la pilule semblant se généraliser. « Prendre la pilule » apparaît comme une « évidence » au début des années 1970 dans les milieux les plus aisés et informés, ainsi que le dit Monique¹² qui ajoute « qu'on avait du mal à imaginer que y'avait autre chose » car « la pilule était le summum » ; Nicole¹³ qualifie d'ailleurs la période d'« époque du tout-pilule » (où le stérilet était « un peu un truc d'avant-garde, encore », car très peu disponible). Elle se diffuse en fait de manière stratifiée, des classes les plus aisées – et ayant le plus facilement accès aux médecins prescrivant le comprimé – aux plus populaires. Si la pilule était plutôt l'apanage des classes moyennes et supérieures au début des années 1970, l'enquête de 1978 (Leridon 1987, p. 85) montre que sept ans plus tard, elle s'est progressivement démocratisée et diffusée dans tous les milieux sociaux.

Le début des années 1970 voit progressivement la pilule changer d'image dans les médias, comme en témoigne par exemple l'étude du journal *Marie Claire* par Bibia Pavard. Progressivement, elle se pare de « vertus tant médicales que morales », délivrant de la jalousie, améliorant l'état de la peau et la taille des seins, tout en étant progressivement « dissociée de l'idée de relâchement des mœurs, notamment chez les jeunes filles » (Pavard 2009, p. 106). La pilule semble peu à peu cesser d'être un obstacle à l'expression de la féminité pour devenir finalement, au contraire, un symbole de cette féminité. Sans pour autant être associée encore à une « libération », son image devient de plus en plus positive au fur et à mesure que se construit son monopole. Elle continue également à être prescrite pour des raisons extérieures à la contraception. C'est par exemple le cas pour la petite sœur de Monique¹⁴ :

¹² Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

¹³ Professeure en lycée professionnelle retraitée, 72 ans, célibataire, un enfant.

¹⁴ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

Un médecin lui a prescrit la pilule à cause de ses boutons. Ce qui lui a permis en fait d'avoir une sexualité très jeune. Qui n'était pas une sexualité débridée, parce qu'elle a vécu toute sa vie avec le même.

Cet extrait d'entretien permet de voir à la fois que la pilule se pare de vertus extérieures au contrôle des naissances, mais également que lorsqu'elle est prise jeune, le spectre de la « sexualité débridée » n'est jamais loin – même si pour Monique, qui a elle-même vécu en communauté puis une relation libre dans les années 1970, on peut penser qu'il ne s'agit pas ici d'un jugement négatif. Progressivement débarrassée de son image sulfureuse, la pilule va se diffuser dans la population – de même que le DIU.

1.1.2 D'une contraception pour femmes mariées à une contraception pour les jeunes

En 1988 ce sont près de 45 % des femmes qui utilisent une contraception médicale. C'est principalement de la pilule qu'il s'agit. Son utilisation a continué à augmenter après 1975, même si la vitesse de sa diffusion a diminué ; et elle est désormais largement majoritaire par rapport aux autres méthodes de contraception. Laurent Toulemon et Henri Leridon indiquent ainsi que « le retrait est devenu une méthode temporaire, comme le préservatif » (1991, p. 795-796). L'utilisation du stérilet augmente également. Cependant, la pilule ne concerne pas toutes les femmes, mais « devient de plus en plus le fait des jeunes femmes, alors que le stérilet est utilisé par des femmes de plus en plus âgées » (*Ibid.*, p. 794). Les auteurs montrent un rajeunissement progressif des utilisatrices de la pilule entre la fin des années 1960 et la fin des années 1980 (*Ibid.*, p. 795). Si l'utilisation de la pilule augmente dans l'ensemble des catégories d'âge, elle se diffuse ainsi une intensité particulièrement forte chez les plus jeunes (entre 15 et 25 ans). Cela s'explique en partie par la distinction qui se crée entre deux types de contraception : la contraception d'*espacement*, à prendre entre les grossesses, à laquelle la pilule est assimilée ; et la contraception d'*arrêt*, que l'on ne commence qu'après avoir eu tous les enfants désiré-e-s – statut auquel le stérilet est relégué. Les deux méthodes remplissent donc des fonctions sociales différentes.

Cette évidence de la pilule pour les jeunes femmes est également attestée dans les entretiens avec les femmes qui commencent leur vie sexuelle au cours des années 1970. Seule une enquêtée de cette génération n'a pas utilisé la pilule : il s'agit de Marie-Bénédict¹⁵, catholique très pratiquante, qui n'a pas eu de rapports sexuels avant son mariage, à 23 ans, et a toujours pratiqué la méthode Billings. Parmi les autres enquêtées, Évelyne¹⁶, « conditionnée » à l'idée qu'elle prendrait la pilule, indique avoir refusé d'être informée quant aux autres méthodes possibles tandis qu'Anne¹⁷ souligne le poids des médecins dans cette diffusion : « il y avait quand même un discours médical qui était très très fort, et qui allait vraiment dans le sens de ce type de contraception ». Le discours médical se centre

¹⁵ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, sept enfants (méthode Billings).

¹⁶ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

¹⁷ Chargée de mission en santé et doctorante, 60 ans, mariée, deux enfants.

progressivement autour des jeunes femmes dont, contrairement à celles de la génération précédente, on juge désormais qu'il vaut mieux médicaliser la sexualité, pour l'encadrer, plutôt que l'interdire. Cette volonté d'encadrement médical, qui accompagne et entérine des évolutions préalables dans les mœurs sexuelles, se donne à voir aussi bien dans la mise en place à l'école, à partir de 1973, d'une « instruction sexuelle » (qui doit rester scientifique, et non morale) que dans la diffusion de la pilule aux jeunes femmes non mariées. Cette diffusion a donc un double effet, témoignant d'une acceptation de la sexualité prémaritale qui est interprétée en termes de « libération », mais attestant également du contrôle (en l'occurrence principalement médical) qui se réorganise concernant la sexualité des plus jeunes.

À partir du début des années 1980, la presse annonce régulièrement la fin de l'hégémonie de la pilule. Le magazine *Elle* publie par exemple en février 1984 un article basé sur un sondage de l'IFOP et intitulé « Les Françaises aiment moins la pilule » (cité dans Leridon et al. 1987, p. 83). Cependant, l'absence de méthode alternative efficace rend la défection difficile pour les femmes. La seule méthode concurrente, mais qui concerne les femmes plus âgées ou ayant déjà des enfants, est le stérilet, qui se diffuse à partir de la fin des années 1970. Selon *Le Quotidien du médecin*, il connaît ainsi une « irrésistible ascension » : « Les mises en garde répétées concernant les inconvénients et risques de la pilule semblent jouer en faveur du stérilet, que de plus en plus de femmes utilisent¹⁸. » En 1988, un quart des femmes de 30 à 44 ans utilisent un stérilet (Toulemon et Leridon 1991, p. 792). Il n'a cependant pas la même charge symbolique que la pilule. D'une part, arrivant après la période que l'on a pu qualifier, dans le sillage de mai 68, de « révolution sexuelle », il échappe à l'identification à celle-ci que subit progressivement la pilule. D'autre part, le stérilet est la contraception des femmes mariées et déjà mères, qui arrêtent la pilule à son profit dans l'unique cadre de la relation conjugale : le potentiel subversif associé à l'objet est donc plus limité.

À la fin des années 1980, le « cursus de la contraceptrice moderne » est en place : « pilule d'abord, stérilet ensuite » (Leridon et al. 1987, p. 182). Les femmes utilisent majoritairement (67 % d'entre elles) une méthode de contraception lors du premier rapport sexuel (un peu moins de la moitié prend la pilule, une sur sept seulement se repose sur son partenaire, moins d'une sur vingt pratique une méthode d'abstinence périodique). Ainsi, « seule une femme sur cinq (21 %) entame sa vie sexuelle sans contraception », alors qu'« à la fin des années 60, c'était le cas de la moitié des femmes (51 %) » (Toulemon et Leridon 1991, p. 801-803). La contraception s'est diffusée et la pilule est bien la méthode des jeunes femmes : en 1988, près de la moitié des femmes ayant entre 20 et 24 ans prennent la pilule.

1.1.3 La pilule, condition nécessaire et suffisante de la « libération sexuelle » ?

La pilule est donc majoritairement une contraception de jeunes femmes. Cela va participer du développement de l'image de ce comprimé comme symbole de la « libération sexuelle », alors même que se met en place progressivement une « légende » de mai 68 centrée sur une interprétation culturelle

¹⁸ *Le Quotidien du médecin*, 12 novembre 1979, p. 10.

en termes d'hédonisme et d'individualisme (Zancarini-Fournel 2008, p. 80). La pilule a au contraire été promue dans l'idée d'une amélioration de l'harmonie conjugale et sexuelle des couples ; et elle accompagne les évolutions de la sexualité qui se produisent à cette période bien plus qu'elle ne les provoque. Si la sexualité des jeunes femmes continue de se métamorphoser au cours des années 1970 et 1980, se rapprochant progressivement de celles des hommes par certains aspects, les évolutions sont nettes bien avant cette période. Ainsi, l'écart de l'âge médian au premier rapport entre hommes et femmes s'amenuise dès la fin des années 1950, passant de près de deux ans pour les générations ayant eu 18 ans à cette période à moins d'un an pour celles qui viennent 20 ans plus tard (Bozon 2008b, p. 123). Il n'y a donc pas de causalité stricte entre diffusion de la pilule et évolution des comportements sexuels.

Malgré ce décalage temporel, la pilule a souvent été considérée comme la cause d'une « libération sexuelle » qui aurait particulièrement profité aux femmes – le stérilet étant généralement mis de côté par la mémoire collective. Cette idée de la pilule comme outil de libération se retrouve largement dans la presse. Dans un article publié par *Elle* le 5 mars 1977 à partir d'un sondage de l'IFOP, 31 % des Français-es de 18 à 51 ans interrogé-e-s estiment ainsi que les « méthodes modernes de contraception [...] donnent aux femmes la liberté sexuelle ». Dans les entretiens, ce *topos* est également toujours vivace : Paulette¹⁹, qui n'a jamais pu la prendre, souligne que grâce à la pilule, les femmes avaient « quand même une liberté que on n'avait pas » ; Simone²⁰ insiste sur le contexte post-mai 68 dans lequel « Fallait être libérée ! C'était l'idéal. Il fallait se libérer. Être libre et libérée » (où l'on voit d'ailleurs que la libération devient une injonction) ; et Évelyne²¹ note que la pilule, qu'elle a pour sa part toujours connue, « c'était une liberté sexuelle » : « Je me suis longtemps dit "Heureusement que la pilule existe, mon Dieu !" ». Parmi les militantes féministes, la pilule a également très rapidement été redéfinie comme une conquête féministe, permettant aux femmes d'exercer un contrôle sur leur fécondité et, donc, sur leur sexualité²². Le double numéro (n° 54-55) du journal *Partisans* consacré au mouvement féministe qui paraît en 1970 s'intitule ainsi « Libération des femmes, année zéro », et consacre plusieurs articles à la question de la sexualité (Koedt 1970 ; Rochefort 1970).

Mais d'autres militantes féministes ont rapidement pointé les limites de la pilule comme instrument libérateur, celle-ci faisant reposer sur les femmes uniquement la responsabilité contraceptive. Deux ans seulement après le numéro de *Partisans*, dans un supplément au journal féministe *Le torchon*

¹⁹ Cuisinière retraitée, 84 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

²⁰ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

²¹ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

²² Dans d'autres pays, au contraire, la pilule contraceptive n'a pas tant été considérée comme un instrument de libération des femmes que comme un simple progrès médical, voire comme un moyen pour l'industrie pharmaceutique et les gynécologues (des hommes pour l'immense majorité) d'augmenter leurs bénéfices au détriment des femmes, sans se préoccuper des effets secondaires (Löwy 2006, p. 146 ; voir également Löwy 2005).

brûle n° 5 intitulé « Contraception, Avortement, Sexualité, Réformisme, Gratuite », les rédactrices reviennent sur cette idée de libération, centrale dans leur pensée de la contraception :

Toutes, nous avons eu l'impression que la contraception nous libérait, nous permettait d'échapper à des contraintes (grossesse, avortement), à des normes (fidélité conjugale...), à des institutions (mariage, famille...), à des lois (réglementation de la vente et de l'usage des contraceptifs, interdiction de l'avortement). En parlant de notre vie sexuelle, de nos corps, nous nous sommes aperçues que jusque-là on n'avait envisagé la contraception que par rapport à la maternité (peur de la grossesse) et à la loi (contournée mais non supprimée) et que ce n'est que sur ce plan là qu'elle signifiait pour nous une libération. (Collectif 1972)

Les militantes rendent compte de la prise de conscience qui est la leur, à savoir que cette « libération » proclamée reste en fait limitée (voir Ruault 2019). Toujours dans le supplément au *Torchon brûle*, on s'interroge ainsi : « Maintenant, on revendique la contraception et l'avortement au nom de la "libération sexuelle". Mais de quelle libération s'agit-il ? De quelle sexualité ? Pour qui ? Pour quoi ? » (Collectif 1972). Ces questionnements demeurent néanmoins limités à la sphère militante, tandis que l'idée que la pilule « libère la sexualité » persiste, comme si elle était à elle seule non seulement une condition nécessaire, mais également une condition suffisante à la « libération sexuelle ».

Pourquoi, alors, cette idée a-t-elle tant de succès ? Pour comprendre cela, il faut s'intéresser à l'émergence du discours liant pilule et « libération sexuelle ». L'expression même de « libération sexuelle » est une construction discursive et « en tant que discours sur la sexualité, [elle doit] être appréhendée comme énoncé réalisant une performance discursive dans un contexte donné » (Prearo 2010, paragr. 9). De même que la rhétorique de la « crise de la masculinité » représente « le moyen de promouvoir un retour à l'ordre des genres » (Gourarier 2017, p. 27), la rhétorique de la pilule comme instrument de libération sexuelle – alors que ce n'est pas la perception de l'époque – produit des effets très concrets. Elle implique que les femmes ont désormais une sexualité *nécessairement* plus épanouissante, et elle invisibilise ainsi les rapports de pouvoirs (en particulier, mais pas uniquement, de genre) et les contraintes qui continuent de peser sur la sexualité féminine. En effet, de nouvelles sources de contrôle, internes, se substituent à des institutions (famille, Église, État, etc.) qui perdent en autorité :

Plus que d'une émancipation, d'une libération ou d'un effacement des normes sociales, on pourrait parler d'une individualisation, voire d'une intériorisation, produisant un déplacement et un approfondissement des contrôles sociaux. (Bozon 2014, p. 54)

Afin de voir ce qu'il en est de la réalité de la pilule comme instrument de libération, il semble donc indispensable d'examiner concrètement les évolutions des comportements sexuels dans les années 1970 et 1980, pour déterminer d'une part le rôle qu'a pu jouer la diffusion de la pilule, et d'autre part la dimension « libératrice », en particulier pour les femmes, de ces évolutions. Plutôt que de proclamer que la pilule est à l'origine d'une « révolution sexuelle », il faut donc s'intéresser de manière détaillée à la sexualité, afin de voir si la diffusion de la contraception hormonale a bien eu sur le désir et le plaisir sexuels les effets qu'on lui attribue. La pilule a-t-elle été à la hauteur de son mythe ?

1.2 Ce que la pilule fait à la sexualité : des représentations aux pratiques

La question d'éventuels « effets » de la pilule sur la sexualité était déjà au cœur des débats quant à sa libéralisation (voir chapitre 3). Une fois celle-ci actée, elle reste centrale. En témoigne un supplément au magazine *Elle*²³, datant de la fin de l'année 1968 et qui s'intitule « Tout sur la pilule », thème choisi car, indique la première page à propos des moyens de contraception, « votre bonheur le plus intime en dépend peut-être » ainsi que « l'équilibre de votre ménage ». La première page double comporte un tableau recensant les différentes méthodes contraceptives existant, avec pour chacune une description et trois rubriques : « Qui la pratique ? Pourcentage d'échecs » ; « Incidence sur le confort et l'appétit sexuel » ; « Le point de vue du gynécologue ». Ainsi, la question de « l'incidence » sur la sexualité semble représenter une problématique centrale dans la comparaison des méthodes. Cette question des effets de la pilule continue à intéresser la presse féminine au fil des années. Le magazine *Elle* du 18 mai 1970 comporte par exemple un article intitulé : « Le désir, le plaisir, le bonheur du couple et la pilule²⁴ ». Les questionnements y restent identiques à ceux que l'on percevait deux ans auparavant : « Les femmes qui utilisent la pilule ont-elles une vie sexuelle plus réussie que les autres ? Et quel rapport y a-t-il entre plaisir et bonheur ? » On peut alors s'interroger : la pilule permettrait-elle effectivement une vie sexuelle plus réussie ? A-t-elle des effets indifférenciés, ou bien peut-on distinguer des disparités générées dans la sexualité qui se dessine au cours des années 1970 ?

Selon Anne-Claire Rebreyend, « la “libération sexuelle” des femmes consiste à obtenir un orgasme, celles des hommes à multiplier les rapports sexuels » (2008c, p. 246). Au contraire, si l'on suit l'historienne britannique Kate Fisher, il est plus difficile de déterminer un « effet » univoque de la diffusion de la pilule :

Si la pilule a été perçue et vécue comme un vecteur de libération, d'émancipation et d'excitation par un nombre important de femmes, pour autant il ne faut associer aucune expérience de la sexualité à une méthode spécifique de contraception. [...] Il n'est pas possible de considérer que les attitudes envers les méthodes de contraception demeurent identiques [à travers le temps] ou qu'il existe des réactions « naturelles » ou évidentes aux techniques de contrôle des naissances²⁵. (Fisher 2006, p. 8-9)

Il faut donc comprendre la multiplicité des manières dont la diffusion de la pilule a pu influencer sur la sexualité des femmes et des hommes, en essayant de déterminer en particulier la manière dont les rapports de genre ont encadré cette diffusion – mais également la manière dont elle a pu les redessiner.

²³ Il s'agit du premier numéro d'une *Encyclopédie de Elle* que les femmes doivent pouvoir constituer en regroupant tous les suppléments à venir, prévus de manière bimensuelle.

²⁴ Christian Bretagne, « Le désir, le plaisir, le bonheur du couple et la pilule », *Elle*, 18 mai 1970.

²⁵ “While for considerable numbers of women the Pill was perceived and experienced as liberating, emancipatory, and exciting, no particular experience of sex should necessarily be associated with any specific contraceptive method. [...] we cannot assume that attitudes towards methods remain constant or that there are any ‘natural’ or obvious responses to birth control techniques.”

1.2.1 Découverte du plaisir, accroissement de la satisfaction sexuelle ou devoir d'orgasme ?

Le fait de pouvoir faire l'amour sans craindre une grossesse a permis à de nombreuses femmes de connaître une sexualité moins angoissée, et l'on en déduit souvent que c'est la pilule qui a entraîné l'augmentation, et même la découverte, du plaisir et du désir par les femmes. C'est d'ailleurs également un leitmotiv de la presse de la fin des années 1960 : ainsi dans le supplément à *Elle* datant de la fin de 1968 évoqué ci-dessus, la seule méthode contraceptive pour laquelle l'« incidence » sur la sexualité est uniquement positive est la pilule, pour laquelle la rubrique indique :

Excellente. Il n'y a pas de préparatifs, de corps étrangers, de gêne psychologique ou physique. Disparition des inhibitions. Difficulté : la prise quotidienne des pilules.

La pilule permettrait ainsi de faire « disparaître les inhibitions » – et donc mécaniquement d'accéder à une sexualité « excellente ». Si ce n'est la difficulté de la prise, tout de même mentionnée, il s'agirait donc de la méthode idéale pour les femmes (et pour les couples). C'est également ce que déclare Évelyne²⁶, « bébé Ogino » née en 1954, à propos de la sexualité de sa mère :

Ma mère elle disait toujours qu'elle avait fait l'amour sans plaisir, en plus... [...] Pour les femmes qui ont fait l'amour 15 ans avant moi, je pense que, oh !, pour elles ça a dû être merveilleux, quoi, dans la vie de tous les jours... Je pense qu'elles ont dû associer je pense, la pilule au plaisir, quelque part. Parce qu'en fait, étant détendues, déjà, devant l'acte, pouvant penser à elles, parce qu'en fait je sais pas si elles pensaient vraiment à elles, quand elles faisaient l'amour...

Selon Évelyne, la pilule aurait ainsi pu permettre à sa mère de connaître un plaisir qu'elle dit ne pas avoir expérimenté, et que le petit comprimé a rendu accessible à toutes les femmes en leur permettant d'être plus « détendues », grâce à la rupture avec ce qu'Évelyne qualifie plus loin d'« épée de Damoclès » : la peur de la grossesse.

Il faut cependant nuancer cette assertion. D'une part, on a vu que des moyens de contraception existaient avant la pilule, et que certaines femmes avaient donc déjà recours à des méthodes pour s'assurer de ne pas concevoir lors d'une pénétration avec éjaculation – même si la pilule a l'avantage d'une efficacité beaucoup plus importante. D'autre part, cette augmentation, voire cette découverte, du plaisir suite à la prise de la pilule n'est pas toujours attestée, la relation entre la seconde et le premier n'étant pas aussi automatique que ce qui est parfois avancé.

Afin de comprendre l'évolution du rapport au plaisir et au désir sexuels dans les années 1970, il faut d'abord savoir ce qu'il en est à la fin des années 1960. L'enquête dirigée en 1970 par le docteur Pierre Simon nous renseigne par exemple sur la fréquence à laquelle les « rapports sexuels complets (par union des sexes) » aboutit à « l'orgasme (plaisir sexuel) » chez les femmes et à « l'éjaculation (c'est-à-dire au plaisir sexuel) » chez les hommes. Ce sont 44 % des femmes et 81 % des hommes qui déclarent parvenir à l'orgasme ou à l'éjaculation « toujours ou presque », une proportion qui va presque du simple

²⁶ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

au double (Simon et al. 1972a, p. 357). À l'aube de la diffusion de la contraception médicale, les hommes semblent ainsi connaître le plaisir plus fréquemment que les femmes, si tant est que le plaisir puisse être réduit à l'éjaculation et à l'orgasme. Cependant, 41 % des femmes déclarent tout de même obtenir « certaines fois seulement » un orgasme : ce sont donc 85 % des femmes qui connaissent l'orgasme, systématiquement ou plus rarement, soit une large majorité. Cette proportion globale varie peu en fonction de l'âge, même si la part des « toujours ou presque » est beaucoup plus importante chez les plus jeunes : 53 % des 20-29 ans contre seulement 33 % des femmes de plus de 50 ans²⁷ (*Ibid.*, p. 750).

Si la pilule permet une augmentation du plaisir sexuel, ce n'est ainsi pas à partir d'une situation où celui-ci serait inexistant. Les chiffres avancés par les promoteurs/trices de la contraception médicale sont cependant très élevés. Selon l'étude menée par Marie-André Lagroua Weill-Hallé, ce sont ainsi 53 % des patientes interrogées qui déclarent que suite à la prise de la pilule, leur plaisir est « plus grand », 40 % qu'il est « pareil » et 4 % qu'il est « diminué » (c'est du plaisir de manière globale qu'il est question ici, et non de l'orgasme). Par ailleurs, comme le souligne la gynécologue elle-même, la population ayant répondu au questionnaire explique en partie ces résultats :

Les femmes qui reçoivent une prescription de pilules sont celles qui ont besoin de la plus grande sécurité, donc celles qui arrivent en consultation à un stade plus avancé de détérioration de leur vie sexuelle que les autres. Il s'agit donc des cas les plus graves pour lesquels la perte du plaisir était plus fréquemment observée : d'où le nombre d'occasions plus grand chez ces femmes d'améliorer leur vie sexuelle. (Lagroua Weill-Hallé 1967a, p. 176)

Ainsi, l'importance des réponses positives à la question s'explique par un biais d'échantillonnage plutôt que par une influence directe et univoque de la pilule sur la sexualité. De même, si 31 % des femmes déclarent que la pilule a augmenté leur désir (56 % qu'il est resté identique, 8 % qu'il a diminué) cela s'explique par le fait que ce sont « les cas les plus gravement touchés dans le domaine de la sexualité, à qui nous conseillons, pour une plus grande sécurité, ce mode de contraception : d'où l'influence heureuse de la sécurité sur l'impulsion sexuelle » (*Ibid.*, p. 173). Difficile donc de conclure concernant l'effet direct de la pilule sur le plaisir ou le désir des femmes.

Par ailleurs, la contraception n'est pas susceptible d'avoir des effets positifs que sur la sexualité des femmes. Toujours selon l'étude de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, c'est également « tout bénéfice » pour les conjoints : ainsi, 86 % d'entre eux déclarent que les rapports sont « plus agréables » lorsqu'on leur demande d'évaluer l'effet de « l'absence de crainte de grossesse » (*Ibid.*, p. 182). En plus de cette absence de crainte, la pilule semble effectivement présenter plusieurs avantages pour les hommes en matière de sexualité. D'abord, elle évite d'avoir à se retirer et permet donc, comme l'explique Marc M., ouvrier de 18 ans, de « faire vraiment l'amour » :

²⁷ Parmi lesquelles il faut également souligner un taux de non-réponse élevé.

Maintenant je fais vraiment l'amour avec une fille que si elle prend la pilule. Avant, je me retirais avant que... Mais c'est vraiment n'importe quoi, ce truc-là. Alors maintenant je préfère la pilule.

Et si elle ne veut pas la prendre ?

J'essaie de voir. Je la laisse pas tomber quand même. Je lui explique. Je lui dis pas « Bon ben dégage ». Ce serait vraiment con. J'essaie de lui expliquer. En général elle finit par penser comme moi parce que la pilule c'est vraiment un bon truc. (Droit et Gallien 1974, p. 85)

Marc M. fait ainsi tout ce qu'il peut pour convaincre ses partenaires de prendre la pilule, qui lui évite d'avoir à pratiquer le retrait. Cet avantage pour la sexualité masculine est souvent perçu par les femmes, dont certaines déclarent que ce n'est pas tant pour elles que « pour faire plaisir [au] mari », pour qu'il n'ait plus à « se sacrifier » que la pilule est utilisée (*Ibid.*, p. 115), parfois à contrecœur. On peut penser aussi que ce discours permet d'éloigner d'elles le soupçon de trop aimer la sexualité, dans une société où la revendication du droit au plaisir sexuel reste peu légitime pour les femmes.

Mais la pilule peut également avoir des effets plus nuancés. En effet, et sans remettre en cause la dimension sexuellement libératoire d'une contraception féminine efficace, il faut comprendre son appropriation et sa réception par des individus aux caractéristiques sociales et aux vies sentimentales et sexuelles très diverses. Pour la gynécologue et sexologue Suzanne Képès, qui défend la contraception, celle-ci « n'amène pas forcément plus de plaisir dans les rapports sexuels. Parfois oui, parfois non. De toute manière le plaisir ne se mesure pas. Il est subjectif et personnel à chacun. Il n'y a pas de libidomètre » (Képès 1972, p. 12). Selon elle, il est ainsi difficile de prédire précisément des effets sur le plaisir. Il est même possible d'aller plus loin :

Nombreux sont les couples où la pilule ne fait que révéler les difficultés jusqu'ici masquées par la peur de l'enfant : l'éjaculation précoce était rendue invisible par le retrait, la frigidité s'expliquait un peu vite par la hantise d'être enceinte. (Rebreyend 2008c, p. 315)

Ainsi, en libérant les couples de la peur de la grossesse, la pilule peut paradoxalement avoir des conséquences négatives – révélant des problèmes sexuels qui étaient auparavant dissimulés.

Dix ans après la légalisation de la pilule, une enquête de l'INED souligne finalement que la différence entre utilisatrices de « méthodes modernes » et utilisatrices de méthodes plus « traditionnelles » en termes de satisfaction sexuelle est faible : « elle est seulement légèrement plus élevée chez les utilisatrices des méthodes modernes (78 à 81 %) que chez les autres (73 à 77 %) » (Leridon et al. 1987, p. 200). Il faut cependant avoir en tête que les femmes qui n'utilisent pas la pilule, alors qu'elle est disponible, ont sans doute eu le choix de le faire. Elles ne ressentent donc peut-être pas le même type de frustration que les femmes de la génération précédente, dont le choix contraceptif, lorsqu'il existait, était beaucoup plus limité. Cela peut participer à expliquer que la satisfaction soit presque aussi répandue chez les unes que chez les autres.

Pour essayer de déterminer une éventuelle augmentation de la satisfaction féminine au cours des années qui ont suivi la libéralisation de la contraception, il faut donc se détacher d'une perspective en termes d'« effets de la pilule » pour s'intéresser plutôt à la satisfaction globale. Pour ce faire, il est possible de comparer l'enquête Simon avec la seconde enquête sur la sexualité, l'enquête ACSF (Analyse des comportements sexuels en France), menée en 1992. Cette comparaison met au jour une nette augmentation de la satisfaction des femmes :

Dans l'enquête de 1992, on demandait aux personnes interrogées si elles étaient « satisfaites de leur vie sexuelle actuelle ». Dans l'enquête de 1970, on demandait si « les rapports sexuels du dernier mois (à défaut, ceux des douze derniers mois) avaient été tous satisfaisants ». En comparant la réponse « très satisfait » de l'enquête ACSF à la réponse « tous les rapports satisfaisants » de l'enquête Simon, on note une légère hausse de la satisfaction masculine (de 41 % à 47 % parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois), mais surtout une forte augmentation de la satisfaction des femmes, qui dépasse maintenant celle des hommes (de 26 % en 1970 à 51 % en 1992). La progression est nette à tous les âges, particulièrement les plus élevés. (Bozon et al. 1993, p. 4)

S'il est difficile de mettre au jour un effet direct de la pilule sur la sexualité féminine, on peut estimer que l'évolution des représentations et des pratiques sexuelles concomitante à la diffusion de la pilule a permis une très nette augmentation de la satisfaction sexuelle des femmes (terme qui permet d'avoir une vision plus large de la sexualité des individus que le simple constat d'orgasme ou d'éjaculation). C'est en fait plutôt par les effets qu'elle a eus sur les rapports de genre, en permettant aux femmes de devenir responsables de leur fécondité (voir *infra*), que la contraception moderne – et non « la pilule », même si elle en est le symbole – a permis à la sexualité féminine de s'ouvrir un peu plus au plaisir. Mais cette ouverture a également des effets imprévus.

Au fur et à mesure que se diffuse la pilule et qu'augmente la satisfaction sexuelle féminine, l'orgasme féminin va prendre une importance grandissante – ce qu'atteste déjà le fait qu'il soit pris en compte dès 1970, dans l'enquête Simon. En effet, « une femme sans orgasme n'est pas une femme "normale" » (Rebreyend 2010b, p. 156). Le plaisir féminin apparaît à la fois comme une preuve de féminité, un dû à son mari, mais également comme la preuve que le couple est fonctionnel, alors que la vie sexuelle devient un indicateur de la qualité de la vie conjugale. Comme l'analyse Dominique Cardon à partir des émissions radiophoniques de Menie Grégoire, « l'absence de plaisir [...] est d'abord conçue comme un manquement au droit revendiqué par l'époux à disposer d'une partenaire satisfaite » (Cardon 2003, p. 87). Comment se fait le passage de la satisfaction à l'orgasme ?

L'avantage de l'orgasme féminin est qu'il est possible de déterminer s'il a ou non eu lieu, et donc de le « comptabiliser », pour reprendre un terme d'André Béjin, dans une société où « on peut considérer que la sexualité se rationalise dans la mesure où elle est de plus en plus "finalisée", "décantée", "technicisée" » (1990, p. 28). Ce comptage des orgasmes s'accompagne d'une évolution qui semble aller vers une plus grande égalité entre homme et femme : l'aspiration à un « plaisir simultané », dont la déclaration augmente parmi les plus jeunes si l'on suit l'enquête Simon (1972a, p. 359-360).

Cependant, là encore, l'enquête met au jour le fait que les hommes déclarent plus que les femmes parvenir en même temps au plaisir (la moitié des hommes contre deux femmes sur cinq) (*Ibid.*). Selon André Béjin et Michael Pollak, cette nouvelle norme, qui peut apparaître égalitaire, s'apparente en fait à un « troc imposé des orgasmes (normes de l'«orgasme partagé» et même de l'«orgasme simultané») » qui aurait succédé à « l'extorsion unilatérale d'orgasmes par l'homme (la femme devant se contenter du spectacle de la jouissance de son partenaire) » (1977, p. 116-117). Mais qu'ils fassent ou non l'objet d'une extorsion, ce sont désormais bien les orgasmes qui deviennent l'étalon de la bonne sexualité.

Un autre aspect de cette « rationalisation de la sexualité » (Béjin et Pollak 1977) est central. Ce qui est attendu, espéré, scruté, ce n'est pas simplement l'orgasme. Dans une société où se répand la contraception et où rien ne s'oppose plus à la pénétration pénovaginale avec éjaculation, alors que les thèses freudiennes ne font pas encore l'objet d'une remise en cause, tous les orgasmes féminins ne se valent pas. Celui qui « compte » et est compté, c'est celui que l'on identifie comme l'orgasme *vaginal* – au détriment de l'orgasme *clitoridien*. Ce dernier porte en effet un stigmate, celui de rester « associé au plaisir solitaire empreint de culpabilité », là où le premier « peut traduire une représentation de la sexualité féminine comme un échange, un acte relationnel, où sentiments et émotions doivent être partagés » (Rebreyend 2010b, p. 158). La pénétration vaginale, et surtout l'orgasme qui doit l'accompagner, fait ainsi sens dans le cadre de relations qui se veulent plus égalitaires – d'où la pression autour de cette pratique.

Cependant, selon des théoriciennes féministes, d'autres raisons expliquent cette hiérarchie. En 1970 paraît en France, dans le numéro « Libération des femmes, année zéro » du journal *Partisans*, un article de la féministe radicale états-unienne Anne Koedt intitulé « Le mythe de l'orgasme vaginal » (du titre d'un ouvrage qu'elle a publié la même année aux États-Unis). Selon l'autrice, la prééminence de l'orgasme vaginal sur l'orgasme clitoridien vient du fait que le second ne participe pas au plaisir masculin (voir chapitre 9). Cette critique féministe de l'orgasme vaginal, qui repose sur la dénonciation d'un ordre du genre qui serait resté le même, alors même qu'un « mythe de la femme émancipée » viserait à convaincre les femmes du contraire, sera reprise en France tout au long des années 1970. Ainsi, un supplément au journal féministe *Le torchon brûle* de 1972 dénonce également le fait que le corps féminin, « réduit à ses zones érogènes », ne soit plus qu'une « machine à produire des orgasmes », allant jusqu'à évoquer un « terrorisme de l'orgasme à tout prix » mais toujours, pour les relations hétérosexuelles, dans des conditions définies par les hommes : « la jouissance ne nous libère [pas] des rapports de force » (Collectif 1972), proclament les militantes à l'origine du texte.

Cependant, cette critique féministe de la sexualité rencontre peu d'écho dans une société où la satisfaction sexuelle féminine tend, ainsi qu'on l'a vu, à augmenter. Par ailleurs, cette primauté de l'orgasme vaginal qui est dénoncé n'empêche pas le développement d'autres pratiques. Une explication de l'augmentation de la satisfaction sexuelle tient en fait dans une ouverture paradoxale : celle du répertoire sexuel. En effet, les années 1970 et 1980 voient une diffusion importante des pratiques

buccogénitales. Dans l'enquête Simon, seul-e-s 60 % des hommes et 55 % des femmes déclaraient avoir déjà expérimenté de telles pratiques ; 22 ans plus tard, ce sont les trois quarts des individus qui répondent de manière positive, en particulier parmi les plus jeunes (ainsi près de 90 % des 25-34 ans ont déjà pratiqué la fellation ou le cunnilingus) (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993, p. 128-129). Mais cette ouverture est paradoxale car si ces pratiques augmentent, elles n'en remplacent pas pour autant la pénétration. Au contraire, au fur et à mesure que s'étend le répertoire des pratiques celle-ci semble renforcer sa centralité dans le script sexuel. Lara Marks indique par exemple une forte diminution de la pratique du *petting*, que l'on pourrait traduire par « pelotage », qui était la norme avant le mariage et permettait une proximité physique sans risque de grossesse : elle perd progressivement de l'importance en tant que pratique autonome (Marks 2001, p. 198). Avoir des rapports sexuels pénétratifs, ceux qui sont généralement considérés comme les seuls véritables, devient en effet sans risque, ce qui est susceptible de jouer sur la satisfaction sexuelle des femmes, mais également sur la fréquence des rapports sexuels.

1.2.2 Augmentation de la fréquence des rapports sexuels ou du nombre de partenaires ?

Si l'on suppose souvent que la diffusion de la pilule a été la condition de possibilité du plaisir féminin, elle apparaît également souvent comme ayant permis une multiplication des rapports sexuels pénétratifs, qui n'étaient auparavant possibles qu'à certains moments du cycle et toujours susceptibles de susciter l'appréhension. L'étude d'un des résultats de l'enquête Simon met particulièrement bien au jour cette impression que la pilule – et plus généralement l'accès à la contraception – permettrait d'augmenter la fréquence des rapports. Une des questions demandait en effet d'estimer la fréquence « normale » des rapports sexuels pour un couple de personnes de 25 ans puis de 50 ans vivant ensemble. Les réponses des hommes et des femmes sont relativement proches²⁸, la valeur moyenne estimée étant d'environ 20 rapports par mois pour un couple de 25 ans et 9 par mois pour un couple de 50 ans (Simon et al. 1972a, p. 297). On peut souligner d'abord que ces réponses sont très supérieures aux moyennes déclarées, qui s'établissent à environ 11 pour les plus jeunes et 6 pour les plus âgé-e-s (*Ibid.*, p. 344). Mais c'est dans la comparaison des réponses en fonction de l'âge que réside l'intérêt principal de cette question :

Les mariés de 20-29 ans estiment à une quinzaine en moyenne le nombre de rapports mensuels normal pour un couple de 25 ans ; ceux de 50 ans et plus l'évaluent à 25 environ. (Simon et al. 1972, p. 297)

Les plus jeunes eux-mêmes surestiment le chiffre par rapport à leur propre pratique (15 rapports estimés pour 11 rapports déclarés). Mais pour les personnes les plus âgées, l'estimation pour un couple de 25 ans est supérieure de *dix rapports par mois* à celle qu'en font les plus jeunes. Il y a deux manières

²⁸ Même si parmi les femmes le taux de non-réponses est important, atteignant 60 % chez les plus de 50 ans ; à une époque où la sexualité est souvent peu discutée, et moins présente dans les médias, il est parfois difficile de définir une norme – et se référer à son expérience personnelle pour en déduire cette norme peut s'avérer problématique (Simon et al. 1972a, p. 297).

d'analyser ce résultat : en l'expliquant par la différence d'âge, ou par la différence de génération. Elles ne sont pas exclusives l'une de l'autre mais bien plutôt complémentaires. L'âge joue dans la mesure où les plus âgé·e·s, surestimant largement le nombre moyen de rapports, assimilent la jeunesse à une période de désir sexuel nécessairement très intense (et reconstruisent *a posteriori* peut-être leur propre sexualité de jeunesse). Mais l'effet de génération peut aussi être invoqué ici, dans la mesure où cette surestimation peut être due à la croyance qu'il est désormais, grâce à la contraception médicale, beaucoup plus aisé pour les plus jeunes d'avoir des rapports pénétratifs fréquents qu'il ne l'était à leur époque. Mais est-ce réellement le cas ?

Une augmentation de la fréquence des rapports est effectivement souvent documentée dans les recherches et témoignages de l'époque. Selon l'étude de Marie-André Lagroua Weill-Hallé sur 7 600 couples, ce sont ainsi 94 % des 239 femmes prenant la pilule qui déclarent avoir désormais des rapports « plus fréquents » qu'auparavant (1967a, p. 175). Béatrice G., agricultrice de 26 ans mariée depuis sept ans à Georges G., agriculteur de 37 ans avec lequel elle a trois enfants, indique de son côté :

Maintenant, puisque je suis certaine de ne plus être enceinte, je trouve qu'on se donne d'autant plus. C'est même certain. [...] Et puis avec la pilule, on a beaucoup plus de relations qu'avant, peut-être douze ou quinze par mois, à peu près. (Droit et Gallien 1974, p. 176)

La prise de pilule semble donc bien permettre, en supprimant la crainte qui pouvait conduire à éviter ou à retarder un rapport, d'augmenter leur fréquence. C'est également ce que paraît montrer l'enquête sur la contraception menée par l'INED en 1978 :

La fréquence des rapports paraît [...] sensiblement moins élevée chez les [utilisatrices de « méthodes modernes »] que chez les [utilisatrices de « méthodes traditionnelles »] : 47 à 59 % des utilisatrices des méthodes périodiques, du préservatif ou du retrait, ont déclaré avoir des rapports « plusieurs fois par semaine », contre 73 à 74 % des utilisatrices de la pilule et du stérilet. (Leridon et al. 1987, p. 200)

La différence est importante entre les deux types de méthodes, et l'on pourrait donc effectivement en déduire que les méthodes médicales de contraception permettent une augmentation de la fréquence des rapports sexuels. C'est également ce que montre une étude américaine sur la vasectomie datant du début des années 1970, indiquant à partir de l'étude de 50 couples mariés ayant majoritairement moins de 32 ans que celle-ci a abouti à une augmentation de la fréquence des rapports, de la satisfaction sexuelle de l'homme comme de la femme, et à une initiative féminine augmentée en matière de rapports sexuels (Maschhoff, Fanshier et Hansen 1976). Cependant, il faut avoir à l'esprit que les utilisateurs/trices de méthodes médicales et de méthodes dites « traditionnelles » ne sont pas les mêmes personnes. Les utilisatrices de pilule sont généralement de jeunes femmes, et l'on peut supposer qu'elles sont majoritairement en couple, donc susceptibles d'avoir des rapports sexuels fréquents (de

même que les couples étudiés en ce qui concerne la vasectomie). En effet, comme le souligne Monique²⁹, prendre la pilule ne se fait que lorsqu'une relation le justifie :

J'avais des pilules sous la main quoi, donc quand il se trouvait que j'avais une histoire... Là, j'ai utilisé la pilule... Mais j'aimais pas du tout ce que je considérais, enfin les boîtes de pilules gâchées quoi (sourire), les histoires qui duraient pas le temps d'une plaquette de pilules ! (petit rire)

Pour Monique, il ne faut pas « gâcher » la pilule avec des histoires de court-terme : elle ne la prend donc que pour les vraies « histoires » sentimentales (même si elle a parfois des déconvenues). De leur côté, les utilisatrices de stérilet sont des femmes en couple et ayant déjà eu des enfants, qui ont donc également dans leur majorité un partenaire régulier et avec lequel elles vivent. Les femmes qui utilisent les méthodes plus traditionnelles sont au contraire plus susceptibles, à la fin des années 1970, d'être des femmes en début de relation, donc ne résidant pas nécessairement avec leur partenaire (ce qui diminue de fait la fréquence possible des rapports). En effet, préservatif et retrait en particulier sont désormais souvent des « méthodes d'attente » avant l'utilisation d'une méthode médicale plus efficace. Ils peuvent également être des méthodes « terminales », alors que la fertilité de la femme a décliné dans la période qui précède la ménopause – période où les rapports deviennent généralement moins fréquents (Leridon et al. 1987, p. 182). Il faut donc nuancer cette différence dans la fréquence des rapports entre les deux types d'utilisatrices.

L'importance de cette nuance est confirmée par la comparaison des enquêtes Simon (1970) et ACSF (1992), qui met en évidence que la fréquence des rapports sexuels n'a pas augmenté entre 1970 et 1992, alors même que l'utilisation de la pilule et du stérilet se généralisait dans la population. Selon l'enquête Simon, en 1970 « le nombre de rapports mensuels s'établit en moyenne à 8,9 par mois, soit un peu plus de 2 par semaine, pour l'ensemble de la population des deux sexes en ayant eu au cours des trente jours précédant l'interview » (Simon et al. 1972a, p. 341). Si l'on s'intéresse ensuite à l'enquête ACSF, 22 ans plus tard donc, on obtient des résultats très proches : « Les hommes ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois ont déclaré en moyenne 8 rapports au cours des 4 dernières semaines, les femmes 7. » (Spira, Bajos et le groupe ACSF 1993, p. 151-152) Ce qui semble jouer le plus sur la fréquence des rapports, c'est bien plutôt l'âge (la fréquence diminue après 50 ans) ainsi que l'ancienneté de la vie en couple, les chercheurs/ses soulignant que « la fréquence varie de 13 par mois pour les couples formés depuis moins d'un an à 7 pour ceux ayant plus de 15 ans de vie commune » (*Ibid.*). L'idée d'une augmentation de la fréquence des rapports sexuels qui aurait accompagné la diffusion de la pilule n'est donc pas vérifiée statistiquement sur le long terme – même si elle a pu être perçue, sur le court terme, à l'échelle individuelle.

Cependant, cette impression que l'utilisation des méthodes médicales de contraception permettait d'augmenter la fréquence des rapports a été rapidement perçue par les femmes – et dénoncé

²⁹ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

par certaines féministes – comme une mise à disposition forcée des corps féminins. En effet, les femmes pouvaient auparavant évoquer la peur d’être enceinte « pour échapper aux hommes, au séducteur entreprenant ou au mari qui exige[ait] le devoir conjugal » (Thébaud 1991, p. 293). Or la pilule, qui signifie une disponibilité permanente, permet certes une plus grande spontanéité dans les rapports mais peut également entraîner une forme de pression pour les femmes. Cette impossibilité de « prétexter la peur de “tomber” enceinte » est d’ailleurs, selon la chercheuse féministe canadienne Louise Vandelac, à l’origine du développement concomitant des vaginites et de l’utilisation de la pilule : « se réfugier dans la maladie » peut en effet apparaître comme la « seule réponse possible face à l’impérialisme de la contraception et de la disponibilité sexuelle qui y est souvent liée » (Vandelac 2004 [1981], p. 519). Ne plus avoir « l’excuse » de la peur de la grossesse, c’est devoir affirmer d’une autre manière un droit sur son corps, ce que les femmes n’ont pas toujours les moyens de faire.

C’est d’abord le cas dans le cadre du mariage, le mari pouvant devenir « trop exigeant³⁰ ». En témoigne par exemple le cas suivant, datant du début des années 1970, où l’on voit que la prise de la pilule vient remettre en cause les rôles genrés – mais aussi la place de la sexualité dans le couple. Nicole C. (23 ans) et Patrick C. (27 ans, manutentionnaire) sont mariés depuis cinq ans, ils ont trois enfants et Nicole C. prend la pilule. C’est le mari qui est interrogé :

Elle prend la pilule ?

Normalement, oui. Seulement elle oublie tout le temps de la prendre. Et elle en a jamais d’avance. Alors des fois, je suis obligé de me retirer. Mais cette fois-là je voulais pas me retirer. Elle avait ses règles. Je sais que ça risque rien quand elle les a. Elle veut pas me croire. Mais moi, je le sais. (Monsieur Patrick C. réfléchit.) Je me demande si elle oublie pas de prendre cette pilule, rien que pour m’enquiquiner, pour que je puisse plus faire l’amour. Je me demande. (Droit et Gallien 1974, p. 314-315)

La résistance de Nicole C. concernant la prise de la pilule tient, selon Patrick C., dans le fait qu’elle remet en cause le « devoir » qui était celui de son mari : celui de se retirer. Ainsi, comme on a pu le voir précédemment (chapitre 4), le retrait apparaît ici comme la preuve d’une maîtrise de soi, d’une volonté qui témoigne d’une forme de virilité. De son côté, Patrick C. entend profiter de la pilule pour avoir des rapports complets fréquents avec sa femme, qu’elle soit ou non consentante (pour « faire l’amour » et non « lui faire l’amour » ou « faire l’amour avec elle » : dans l’expression même, sa partenaire disparaît). La seule option qui reste donc à Nicole C., pour affirmer son pouvoir sur l’acte sexuel, est une stratégie de mise en danger d’elle-même : elle « oublie » de racheter des pilules ou de la prendre, pour avoir une justification à ses refus de sexualité. Lorsque la sexualité n’est pas considérée comme un plaisir, mais comme un devoir envers le mari, la possibilité d’avoir des rapports sexuels plus fréquents vient plutôt envenimer la situation qu’elle ne semble l’améliorer. La pilule peut ainsi contribuer à mettre les corps de sa femme à disposition de l’homme. Dans une configuration, comme

³⁰ Comme en témoigne une femme qui demande à ce que son DIU lui soit enlevé quelques mois après sa pose dans *L’Express*, 3-9 février 1975, « La contraception sept ans après », p. 58-60.

celle du couple marié, où le « devoir conjugal » n'admet pas d'exception, elle prive alors les femmes de certaines ressources pour refuser d'avoir des rapports pénétratifs.

Mais cela peut être également le cas pour les relations plus occasionnelles. La distinction entre « filles faciles » et « filles sérieuses » s'est estompée avec l'émergence dans les années 1950 de la catégorie des « filles amoureuses », dont les relations sexuelles prémaritales sont justifiées par le fait qu'elles éprouvent de l'amour pour leur partenaire (Rebreyend 2010c, p. 301). Les années 1970 voient pour leur part l'apparition de la catégorie des « filles libérées », dont la pilule est un attribut – et qui n'ont donc aucune raison, selon certains hommes, de refuser une relation sexuelle :

Certains militants masculins de la « révolution sexuelle » reprochent aux militantes de ne pas être aussi « libérées » qu'elles devraient l'être, les classant parmi les « refoulées », les « coincées », les « imbaisables ». L'argument de la « révolution sexuelle » devient un lieu commun de la drague : ce n'est plus au nom de l'amour que les jeunes filles devraient céder, c'est désormais au nom de la « libération sexuelle » qu'elles doivent s'offrir. (Revenin 2015, p. 18-19)

Ce n'est pas tant l'augmentation de la fréquence que celle des partenaires sexuels ainsi qu'une disponibilité permanente qui sont en fait attendues de ces jeunes femmes que l'on déclare « libérées ». Cette norme de la « libération », qui agit comme une « contrainte sexuelle » (Collectif 1972), est rapidement dénoncée par les féministes du Mouvement de libération des femmes (MLF), qui soulignent dans *Le torchon brûle* que « si la pilule permet une plus grande liberté dans nos rapports sexuels certaines la vivent comme une soumission à l'impérialisme du désir masculin » (*Ibid.*). Dans le numéro 15 du journal d'extrême gauche *Tout !*, publié au printemps 1971, on peut ainsi trouver un article intitulé « Votre libération sexuelle n'est pas la nôtre ! » qui dénonce cette situation :

Dès qu'il l'a fallu, les hommes ont même cru en une nouvelle image, celle de la femme libérée, la fille du « MLF » et notre tendance à nous est souvent de répondre à cette image comme ils l'attendent. Ils s'en servent pour revendiquer ouvertement un comportement en fait très traditionnel de mâle et s'appuient sur la révolte des femmes pour ériger en principe ledit comportement. « La femme libérée » vient d'ajouter à la série des images. Ils nous fixent dans ce rôle et nous culpabilisent dès que nous n'y correspondons plus. « Tu ne veux pas coucher avec Untel, mon copain, ou Unetelle avec qui moi je couche, tu n'es pas libérée... » (Bernheim et al. (dir.) 2009, p. 208)

La diffusion de la pilule est donc également susceptible d'agir comme une contrainte sur une sexualité qui n'est pas régie par le « devoir conjugal » (sur le sujet voir également Ruault 2019). Dans une société où les rapports de genre ne se modifient que très lentement, résister à la pression masculine peut devenir une gageure pour les jeunes femmes.

Mais cela se fait dans un contexte en évolution, où globalement « l'entrée dans la relation sexuelle de celles qui entament précocement leurs fréquentations (avant 18 ans) s'opère beaucoup plus rapidement dans les couples formés après 1973 » (Bozon 1991, p. 78). Avoir plusieurs partenaires plutôt que d'attendre celui que l'on épousera devient progressivement la norme pour les femmes. Si la fréquence des relations sexuelles n'a pas augmenté entre 1970 et 1992, c'est bien le cas au contraire du

nombre de partenaires au cours de la vie. Les femmes de 20-29 ans interrogées en 1970 déclaraient en moyenne 2 partenaires ; en 1992 ce chiffre a presque doublé (3,9 partenaires en moyennes). C'est également le cas pour les femmes de 30 à 49 ans, qui passent de 1,9 à 4 partenaires en moyenne déclarés au cours de la vie. Pour les hommes, l'augmentation est plus limitée chez les plus jeunes (de 9,4 à 10,4 partenaires en moyenne pour les 20-29 ans), voire inexistante chez les 30-49 ans (12,8 en 1970, 12,6 en 1992³¹) (Leridon 2008a, p. 221). Le nombre de partenaires augmente donc chez les femmes de manière concomitante à la diffusion de la pilule.

Contrairement aux représentations et aux mythes quant aux « effets » de la contraception médicale – et en particulier de la pilule – sur la sexualité, elle n'a donc pas tant permis aux femmes de découvrir le plaisir qu'elle a augmenté leur satisfaction ; et elle n'a pas tant permis aux hommes d'augmenter la fréquence de leurs rapports qu'elle s'est insérée dans une évolution sociale autorisant les femmes à avoir des partenaires plus nombreux. Cependant, elle a également eu des effets plus concrets sur les femmes, leurs corps et leur responsabilité.

1.3 Ce que la pilule fait aux femmes et défait chez les hommes

La pilule a la particularité d'être le seul médicament pris chaque jour par des millions de femmes qui ne sont pas malades. Or, comme tous les médicaments, la pilule est susceptible d'avoir des effets secondaires. Elle contient en effet des hormones qui peuvent avoir sur les corps – et sur les désirs – des effets qui n'ont pas toujours été pris en compte, alors même que les premières générations de pilules disponibles en France contenaient des doses d'hormones nettement supérieures aux pilules actuellement utilisées. Par ailleurs, si elle dépend uniquement des femmes, cette nouvelle responsabilité est soumise à un contrôle médical. Ainsi, les hommes sont progressivement exclus du champ de la contraception, ce qui va avoir des effets sur les rapports de genre mais également sur le rapport à la sexualité.

1.3.1 Effets secondaires et « ras-le-bol » de la pilule

Dès les premières prescriptions de pilules, des effets secondaires sont signalés : selon Marie-André Lagroua Weill-Hallé, qui souligne que la « tolérance aux pilules » est « globalement bonne », on compte tout de même parmi les utilisatrices 39,7 % de femmes déclarant une prise de poids, 19,5 % qui se plaignent de gonflements, 10,7 % de troubles digestifs, 14,5 % de fatigue et 16,6 % d'« autres malaises » (Lagroua Weill-Hallé 1967a, p. 165). La gynécologue note également, « dans quelques cas rares, une baisse de la libido, parfois au point d'envisager l'arrêt de la médication » (*Ibid.*). On retrouve des plaintes de cet ordre chez certaines des femmes interviewées, comme Odile³², qui a très peu pris la pilule justement du fait de telles intolérances :

Enquêtrice : Vous aviez quels types d'effets secondaires, exactement ?

Odile : Alors, des vertiges. Sécheresse vaginale, vertiges, maux de tête, nausées...

Euh... Et plus du tout envie d'avoir des rapports, aussi. Plus du tout.

³¹ Pour une discussion de l'inadéquation des déclarations féminines et masculines, voir chapitre 2.

³² Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

Le fait que la pilule ait potentiellement des effets secondaires négatifs, à la fois sur le corps, la santé et le désir, est de plus en plus dénoncé par les femmes, mais l'absence d'autres moyens de contraception efficaces empêche les femmes de pouvoir se tourner vers autre chose que la pilule. L'arrivée sur le marché des DIU va contribuer à changer la donne, comme en témoigne Thérèse³³, passée très rapidement au stérilet, dès la fin des années 1960, après un « rejet complet » de la pilule. Mais son utilisation est encore très marginale. Or les médecins préconisent de ne pas prendre la pilule trop longtemps, mais plutôt de l'arrêter régulièrement (tous les deux ans, ou tous les cinq ans) pour quelques mois ou quelques années. C'est ce que se remémore Monique³⁴, qui pense devoir une de ses grossesses à une de ces périodes de « pause » : « il y avait quand même un petit peu cette idée que c'était bien d'arrêter la pilule de temps en temps, de laisser [le corps] se reposer... ». La représentation selon laquelle la pilule pourrait avoir des effets indésirables, à court ou à long terme, est bien là.

Il n'en reste pas moins que dans les premières années de sa diffusion, ses effets négatifs sont largement sous-estimés. D'abord, parce que ses aspects positifs sont vus comme plus importants que ses conséquences négatives par une partie des femmes, comme le souligne Marie-André Lagroua Weill-Hallé à la fin des années 1960 :

Néanmoins, la motivation chez certaines d'entre elles est si forte (fausses couches multiples, état de santé du conjoint, ménage gravement compromis) qu'elles supportent la prise des pilules à l'extrême limite de la tolérance physique, et minimisent des malaises qui, chez d'autres, passeraient pour une intolérance réelle. (Lagroua Weill-Hallé 1967, p. 165)

Comme le note Nicole³⁵, « on était tellement contentes de les avoir qu'on pensait pas à les remettre en cause ». Mais aussi parce qu'il peut sembler plus stratégique de minimiser les effets négatifs de la pilule. En effet, ce sont ses adversaires qui insistent sur les problèmes qu'elle causerait : elle donnerait le cancer, augmenterait la pilosité, mettrait en danger la santé des enfants à venir, etc. Reconnaître qu'il y a de potentielles conséquences négatives, c'est donc dans une certaine mesure se placer du côté des « anti-pilule » – et pour ne pas les alimenter, il convient de minimiser ces effets. C'est ce que soulignent plusieurs enquêtées qui ont été militantes féministes, comme Brigitte³⁶ :

J'ai pas de souvenirs ni d'effets secondaires ni rien... Puis j'étais une militante, donc... Je pense que ça joue, dans le genre « Non, y'a pas d'effets secondaires, non non non », mais je crois qu'il y en avait pas, hein, enfin moi j'en n'avais pas.

Brigitte elle-même ne peut dire si elle a occulté tout souvenir d'effets secondaires ou s'ils n'ont effectivement pas existé, dans la mesure où elle sait à quel point il aurait été difficile de s'en plaindre dans les années précédant et suivant le vote de la loi Neuwirth.

³³ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

³⁴ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

³⁵ Professeure en lycée professionnelle retraitée, 72 ans, célibataire, un enfant.

³⁶ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

Cependant, aux États-Unis, on assiste dès le début des années 1970 à une remise en cause de la pilule qui « tombe de son piédestal de médicament miracle » (Marks 2001, p. 186). En 1969, Barbara Seaman publie *The Doctors' Case Against the Pill* (1995 [1969]), qui s'appuie sur des analyses médicales pour mettre au jour les effets indésirables minimisés de la pilule (en particulier en termes cardio-vasculaires) et qui participe de la dénonciation du « tout pilule » et de ses méfaits sur la santé des femmes. Ces réflexions sur la contraception amènent certaines femmes à réfléchir à de nouvelles méthodes possibles. Ainsi paraît en 1972 *Lunaception. Du corps, des femmes, de la contraception*, de Louise Lacey, préfacé par Barbara Seaman. L'autrice critique les méthodes de contraception et propose une méthode d'auto-observation (méthode symptothermique) basée sur les cycles de la lune³⁷. Cette méthode « ne demande ni appareils, ni pilules, ni onguents, ni potions » (Lacey 1976 [1972], p. 15) ; le but est de retrouver une « conscience de son propre corps » pour ne plus être « radio-guidée » par la pilule (*Ibid.*, p. 32). Des remises en causes de la pilule émergent donc outre-Atlantique.

En France cependant, on ne trouve que peu de résistances, dans les années 1970, du côté des mouvements féministes. Si quelques figures isolées les remettent en cause, elles sont encore considérées aujourd'hui par d'autres militantes comme ayant des idées à la marge, ainsi l'explique Thérèse³⁸ :

Au sein du MLF y'avait les déjà écolos, ou futures écolos. C'était, y'avait des discussions pas énormes, enfin oui, y'avait quelques filles qui en tenaient pour Dieu sait quoi, elles ramassaient des herbes sous la Lune et... [À propos d'une militante] Alors elle elle était complètement écolo, avant même que les Verts existent, quoi. Elle était totalement opposée à la pilule. Parce que les pilules ça donne le cancer, etc. Elle a toujours refusé de la prendre. Le résultat c'est qu'elle s'est trouvée avec une ostéoporose épouvantable.

Près de 50 ans plus tard, Thérèse impute ainsi l'ostéoporose de la militante évoquée à son refus de prendre la pilule, considéré non seulement à l'époque, mais également aujourd'hui, comme une excentricité.

La question des effets des hormones sur la sexualité, et plus précisément sur le désir, est également problématique, car elle est difficile à trancher. Contrairement à ce qui avait le cas dans les recherches sur la contraception masculine, ces éventuels effets n'ont pas été pris en compte dans le développement de la contraception féminine (Oudshoorn 2003). Ainsi, lorsque dans les années 1950 Gregory Pincus et John Rock, qui vont mettre au point la première pilule contraceptive, font des essais à base de progestérone sur les hommes et les femmes, ils ne s'intéressent qu'aux effets sur le désir des hommes³⁹.

³⁷ Il s'agit en fait de faire coïncider son cycle avec le cycle lunaire, en faisant varier au cours du mois la luminosité de sa chambre la nuit, pour imiter la lumière de la lune et retrouver ainsi « la forme naturelle de la contraception féminine ».

³⁸ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

³⁹ Remarquant que cette hormone peut avoir un effet négatif sur le désir de ces derniers, ils suggéreront d'ailleurs de l'utiliser dans le traitement de l'homosexualité (Tone 2001, p. 220).

Les effets éventuels sur le désir des femmes semblent difficiles à mettre au jour, et ce même plus de dix ans après la commercialisation et la diffusion en France de la pilule. Lorsque les femmes s'en plaignent, il peut leur être rétorqué que cette baisse de la libido est « le symptôme/résultat d'une fatigue, d'une difficulté relationnelle dans le couple », comme c'est le cas dans un manuel sur la contraception rédigé par une médecin généraliste, une gynécologue et une psychologue et conseillère conjugale au début des années 1980 (Bello, Dolto et Schiffman 1983, p. 101-102). La presse féminine est moins catégorique, mais semble également ne pas entériner la présence de tels effets. Dans un article de novembre 1980 intitulé « Contraception 80. Tout ce que vous voulez savoir », le journal féminin *Marie Claire* indique par exemple qu'« il existe à la fois des femmes chez qui la libido est abaissée – certaines ne plaignent de sécheresse vaginale – d'autres chez lesquelles elle est augmentée » et conseille de changer quelques mois de méthode pour en avoir le cœur net. Le fait que la pilule puisse avoir des effets négatifs sur la sexualité – à travers la baisse de désir, mais également à travers la perturbation de l'image de soi ou du rapport au corps que peuvent provoquer les effets secondaires – est cependant d'autant plus perturbant pour des femmes qui s'attendent, au contraire, à ce que le comprimé améliore (« libère ») leur vie sexuelle (Marks 2001, p. 209).

À partir de la fin des années 1970, apparaissent finalement en France des réticences quant à la prise de pilule (Steinberg et al. 2018, p. 383). Une enquête quantitative menée en 1978 par l'INED souligne que, dix ans après la légalisation, ce sont bien les effets secondaires qui génèrent des abandons pour la pilule et, dans une moindre mesure, le stérilet : « Trois anciennes utilisatrices de la pilule sur quatre, et deux anciennes utilisatrices du stérilet sur trois, ont abandonné la méthode en raison d'effets secondaires néfastes » (Leridon et al. 1987, p. 185). Les remises en cause de la pilule se font une place dans les médias. *Le Nouvel Observateur* du 14 novembre 1981 fait par exemple le point sur les effets négatifs de la contraception hormonale dans un article au titre explicite : « Pilule : pourquoi elles n'en veulent plus » ; quelques mois plus tard, dans le *Elle* du 14 mars 1983, un article intitulé « La pilule, non ! Alors quoi ? » fait le point sur les autres contraceptifs disponibles, et en particulier des méthodes présentées comme « plus écologiques ». Les effets supposés de ces campagnes médiatiques sont perçus par le personnel médical – ils leur offrent en tout cas un cadre d'analyse tout trouvé pour expliquer la désaffection à l'égard de la pilule. Ainsi, en 1982 un rapport⁴⁰ de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Rhône note que dans tous les milieux, la pilule semble connaître une remise en cause : dans les milieux défavorisés, « la prise en reste fantaisiste » et la « peur des hormones » est toujours présente ; parmi les « écologistes et intellectuelles » on note un « goût pour Billings » ; parmi les « autres » enfin, rien à signaler si ce n'est justement « un “ras le bol” devant la pilule, sous la pression des médias notamment » (D.D.A.S.S. (département du Rhône) 1982, p. 9). Parmi les enquêtées, Anne arrête par exemple la pilule, dont elle « commence à se méfier » en 1980, après sa seconde grossesse, au

⁴⁰ Le rapport rend compte d'une « Journée de réflexion et de coordination des centres de planification et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial » intitulée « Milieu social et contraception ».

profit du stérilet. Cette montée des réticences est d'ailleurs entendue par les pouvoirs publics. La première campagne d'information sur la contraception⁴¹ depuis la loi Neuwirth est lancée en 1981 par Yvette Roudy (Ministre des Droits des Femmes). Le slogan retenu est : « Aujourd'hui, chaque femme doit pouvoir choisir ». L'idée que la pilule n'est pas le seul contraceptif disponible commence à faire son chemin.

Cependant, et malgré les affirmations des médias, la pilule demeure le contraceptif le plus utilisé en France. Sans solution de remplacement satisfaisante, il n'y a d'autres choix que de s'en contenter – et si les femmes qui s'en plaignent sont nombreuses, celles qui continuent à l'utiliser ne sont donc pas en reste (Leridon et al. 1987, p. 185). Ce qui aurait pu donner lieu à une *pill scare*⁴² à la française n'aura finalement que peu de conséquences sur la diffusion de la couverture contraceptive, et plus précisément de la pilule, en France. Mais la pilule a également d'autres conséquences qui peuvent être lourdes à porter pour les femmes.

1.3.2 Une « libération »... sous contrôle médical

On l'a dit, la pilule est un médicament. C'est d'ailleurs une des raisons de son succès : un simple comprimé, dont la prise est décorrélée de l'acte sexuel et qui agit efficacement sur l'organisme. À une époque où les progrès médicaux suscitent l'enthousiasme plutôt que la défiance, la pilule apparaît à beaucoup comme « merveilleusement moderne », ainsi qu'en témoigne Brigitte⁴³ qui ajoute avoir trouvé « fantastique » le fait que cette contraception efficace soit simplement « une pilule ». Cette représentation est cependant différente selon les milieux sociaux, ce qui explique en partie (la question de l'accès aux médecins prescripteurs/trices restant bien sûr centrale) que la contraception ait mis plus de temps à se diffuser dans les milieux populaires. Olivier Schwartz, dans son étude d'une cité ouvrière du nord de la France au début des années 1980, évoque ainsi une enquêtée « aussi bien hostile à la pilule qu'à l'aspirine » et explique cette attitude par « une forme de résistance contre tout ce qui évoque la prise des institutions sociales sur le corps » : « La pilule, le médicament, c'est le médecin, c'est l'intrusion inquiétante de l'« autre » dans le seul monde dont on soit complètement sûr : le corps propre et les proches. » (Schwartz 1990, p. 215) Que cela soit vécu de manière positive, comme une évolution, ou négative, comme une potentielle perte de contrôle, toutes les femmes sont ainsi bien conscientes du fait que la pilule est un médicament.

De ce fait, l'utilisation de la pilule n'est pas laissée à la seule appréciation des femmes, mais elle est d'abord encadrée par des médecins. Sa diffusion participe d'ailleurs de l'essor de la profession

⁴¹ Elle s'appuie sur des spots télévisuels réalisés par Agnès Varda, diffusés sur TF1 et Antenne 2, ainsi que sur la distribution de huit millions de dépliants.

⁴² Sur le sujet, voir la thèse de Mylène Rouzaud-Cornabas, « «Alerte à la pilule» Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre » (2019).

⁴³ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, mariée, un enfant.

de gynécologue médical·e, qui prend forme autour de la prescription contraceptive⁴⁴. Les médecins participent ainsi largement, en tant qu'expert·e·s, à faire de la pilule la contraception hégémonique⁴⁵. Celle-ci leur assure en effet une clientèle, dans la mesure où une prescription est nécessaire non seulement pour commencer à utiliser la pilule, mais également pour renouveler les ordonnances tout au long de la prise. Le stérilet implique lui aussi l'intervention d'un médecin, pour la prescription, la pose, la surveillance et le retrait. On peut donc bien dire que l'on assiste, dans la France des années 1970, à une médicalisation de la contraception (Leridon et al. 1977, p. 777-778).

Les médecins se trouvent cependant dans une situation inédite : il ne s'agit plus de soigner, mais de prescrire un traitement à des femmes en pleine santé. Par ailleurs, ce traitement doit donner accès à une sexualité sans anxiété : là encore, un domaine qui peut paraître pour le moins exotique à des médecins plus habitué·e·s à se préoccuper de douleur que de plaisir, comme le souligne le journal *Libération* (17-18 novembre 1973). Dans un article intitulé « La contraception et le plaisir⁴⁶ », le journaliste Pierre Marie évoque l'implication du médecin dans cette « révolution » que représente la pilule, qui implique un « rôle nouveau » pour le/la médecin : « Un plaisir à prescrire ! » Les médecins se trouvent en effet face à un rôle qui peut être considéré comme dépassant les compétences qui leur ont été attribuées : une position de contrôle de la sexualité des femmes. Celle-ci est d'autant plus forte que, si de plus en plus de femmes deviennent étudiantes en médecine à partir du début, et surtout de la fin des années 1960 (Jaisson 2002, p. 46), la profession est encore très largement masculine. L'interaction patiente-médecin reproduit donc une hiérarchie genrée. Or ce contrôle des médecins sur les femmes peut dépendre d'une « idéologie personnelle », comme vont rapidement le dénoncer certaines féministes. En témoigne cet extrait du *Torchon brûle* de 1972, d'autant plus virulent que la loi de 1974 n'a pas encore aboli le carnet à souche que les pharmaciens·ne·s doivent tenir pour recenser les utilisatrices de contraception :

L'usage des contraceptifs nous soumet au contrôle du médecin [...]. Le recours obligé et nécessaire au médecin, l'absorption régulière d'un produit chimique nous inscrivent dans la chaîne médecin-médicament-maladie. De plus, ce contrôle médical se double d'un contrôle social (inscription/fichage sur les registres des pharmaciens). (Collectif 1972)

La critique du contrôle des corps repose largement sur l'aspect médical de la contraception. Cependant, cette remise en cause de la médicalisation de la contraception reste très marginale et ne donne pas lieu à la promotion de méthodes non médicales par les groupes féministes – contrairement à ce qui est le cas pour l'avortement, que certains groupes du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) continuent à pratiquer hors de la sphère médicale même après sa

⁴⁴ Voir la thèse en cours d'Aurore Koechlin : « Les mobilisations professionnelles et politiques autour d'une spécialité de la santé des femmes, la gynécologie médicale » (titre provisoire).

⁴⁵ Voir la thèse en cours d'Alexandra Roux : « La diffusion de la pilule contraceptive en France : socio-histoire d'une évidence » (titre provisoire).

⁴⁶ Dans un compte rendu d'une journée d'étude intitulée « La contraception en 1974 », ayant eu lieu le dimanche 11 novembre 1973 à la faculté de médecine de Paris.

dépénalisation, en 1975 (sur le sujet voir Gelly et Pavard 2016 ; et surtout Ruault 2017). Ce manque de remise en cause du pouvoir médical par les féministes françaises s'explique à la fois car les médecins étaient souvent perçus comme des « alliés dignes de confiance » (Löwy et Gaudillière 2004, p. 35) et par l'histoire même du mouvement féministe, « marquée par la prégnance de l'analyse matérialiste en termes de division sexuelle du travail, et dont "l'ennemi principal" était bien plus l'État que le pouvoir médical » (Quéré 2016, p. 38). Cela explique en partie le faible développement en France du mouvement du *self-help*⁴⁷ (Ruault 2016a).

Si la prescription n'est pas « libre », mais bien soumise à un accord médical, ce n'est pas la seule contrainte qu'implique la contraception, et surtout la prise de pilule, pour les femmes. La pilule doit en effet être prise quasi quotidiennement (si ce n'est une semaine par mois, pour la plupart), à heure régulière. Les femmes sont conscientes de cette contrainte, mais très peu disent l'avoir perçue comme telle à l'époque. Simone⁴⁸ explique par exemple avoir été « sage » par rapport à la prise de pilule (de même qu'elle prend aujourd'hui « sagement » les médicaments qui lui sont prescrits), Évelyne⁴⁹ « sérieuse », Anne⁵⁰ « militaire », et Monique⁵¹ estime que cela « correspondait pas mal à [son] tempérament, d'être bien réglée ». Les femmes adaptent donc leur comportement à cette nouvelle contrainte, en naturalisant le fait de la respecter. Néanmoins, à la peur de la grossesse se substitue celle d'avoir « oublié sa pilule », comme le raconte Monique :

En Pologne, j'étais en voyage de groupe, j'avais pas de partenaire sexuel dans ce groupe-là, mais enfin bon, y'a eu une soirée où on s'est soûlé, on a fait un jeu à la con, qui s'appelle les Indiens, avec de la vodka au milieu, j'ai pris une des plus grosses cuites de ma vie, et le lendemain on m'a raconté que j'arrêtais pas de dire « Mais est-ce que j'ai pris ma pilule, est-ce que j'ai pris ma pilule ? » Donc ça devait quand même, l'obsession de la pilule était là !

Cette nouvelle contrainte est ainsi très rapidement intériorisée par les femmes, au point de devenir parfois une « obsession » ; et les remises en cause restent discrètes. On peut cependant s'interroger sur la responsabilité des hommes dans ce nouvel ordre contraceptif qui se met en place. Car dans les années 1970, la contraception ne fait pas que se médicaliser : dans le même temps, elle se féminise.

1.3.3 Ce que la pilule fait aux hommes

Le changement de genre de la contraception affecte également les hommes : d'abord, en transformant ce qui était pour eux une compétence en une responsabilité féminine ; ensuite, en rendant caduque l'utilisation des préservatifs masculins.

⁴⁷ À savoir la prise en charge par les femmes de leur corps via l'apprentissage de connaissances sur celui-ci, dans lequel des pratiques alternatives et non médicales de contraception auraient pu s'inscrire.

⁴⁸ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

⁴⁹ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

⁵⁰ Chargée de mission en santé et doctorante, 60 ans, mariée, deux enfants.

⁵¹ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

1.3.3.1 *D'une compétence masculine à une responsabilité féminine*

La médicalisation de la contraception s'accompagne de sa féminisation. Du fait notamment de la facilité d'accès et de synthétisation des œstrogènes mais aussi de leur rentabilité sous forme de produits pharmaceutiques (Marks 2001), la recherche et le développement dans ce domaine se tournent essentiellement vers la compréhension du système hormonal féminin (Oudshoorn 1994 ; Gaudillière 2003). Cela se fait au détriment de la compréhension des fonctions reproductives masculines et, par conséquent, de la recherche sur des contraceptifs destinés aux hommes. Cependant, la contraception n'a pas attendu la pilule pour commencer à devenir féminine (voir chapitre 4). Si la médicalisation participe largement de la diffusion de la contraception, elle fait aussi sens dans une société où les rapports de genre sont en pleine redéfinition. Ainsi, d'une *compétence* masculine (le retrait), qui peut être source de fierté, on va progressivement glisser vers une *responsabilité* féminine (la pilule), qu'il faut assumer sans pour autant espérer pour cela une quelconque forme de reconnaissance.

Dès 1973, on peut par exemple lire dans *Libération*⁵², à l'occasion d'un colloque consacré aux progrès de la contraception, que dans les pays occidentaux, « c'est avant tout la femme qui assure la contraception ». Alors que le retrait reste très largement pratiqué en France, le journaliste se demande « si beaucoup d'hommes, en France, accepteront d'assumer la contraception le jour où la recherche aura enfin mis au point la méthode efficace et acceptable pour l'homme ». La contraception est complètement assimilée à la contraception *médicale*, comme si les méthodes plus traditionnelles n'en relevaient pas – on voit ici en germe une représentation de la contraception qui va progressivement conduire à une naturalisation de la responsabilité féminine en la matière, comme si celle-ci avait existé « de tout temps ».

Avant de revenir sur les effets de cette féminisation de la contraception via le développement de la contraception médicale féminine, notons que les recherches sur la contraception médicale masculine ne sont pas complètement abandonnées (sur le sujet voir Spencer 2013). À la fin des années 1970 est fondée l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculin (Ardecom). Les adhérent·e·s de cette association, principalement des hommes issus du militantisme de gauche, cherchent une méthode réversible (contrairement à la vasectomie, qui n'est d'ailleurs pas reconnue et quasiment pas pratiquée en France), qui n'interfère pas dans l'acte sexuel (contrairement au retrait ou au préservatif) et qui pourrait être prise en charge par les hommes. Gilbert⁵³, un enquêté qui a fait partie de cette association, explique ainsi avoir voulu s'impliquer dans la contraception (il se souvient par exemple qu'il prenait la pilule de sa compagne dans sa bouche pour la lui donner, et participer ainsi à la démarche contraceptive). Les méthodes mises au point à l'époque par les médecins Robert Mieusset et Jean-Claude Soufir (voir chapitre 6, section 1.3.3) ne concerneront cependant que quelques dizaines d'hommes. L'association cessera progressivement son activité à la fin

⁵² « Le colloque "Contraception 74" », *Libération*, 17-18 novembre 1973.

⁵³ Cadre, 61 ans, en couple, deux enfants (membre de l'Ardecom).

des années 1980, faute de membres, alors que l'arrivée du VIH pose à nouveaux frais la question du préservatif⁵⁴.

Mais pour l'immense majorité des hommes, les années 1970 sont celles de la responsabilisation des femmes – et le retrait disparaît très largement des préoccupations, quelle que soit la tranche d'âge. En 1979, un article du magazine *Elle* revenant sur les femmes qui ne supportent aucune méthode médicale de contraception constate : « Aujourd'hui, nous avons un peu vite admis que la pilule libérait les hommes de tout souci, laissant aux femmes l'entière responsabilité contraceptive⁵⁵. » La journaliste préconise alors aux mères de mieux élever leurs garçons : « Il ne suffit pas de dire : “Demande-lui d'abord si elle prend la pilule” sans doute faut-il également évoquer ce qu'il convient de faire si “elle” ne la prend pas. » Ainsi, la responsabilité est en dernier recours féminine, même en ce qui concerne l'éducation des garçons : si les jeunes hommes ne se sentent pas concernés par la contraception, c'est à leur mère que la faute incombe. L'article sous-entend par ailleurs que les hommes demandent généralement à leur partenaire si elle prend la pilule. Évelyne⁵⁶ se souvient effectivement que « la plupart des hommes » le lui demandaient – elle se remémore cependant également des épisodes où elle s'était étonnée que l'homme ne se renseigne pas :

Il me semble avoir déjà demandé, d'ailleurs, à peut-être, à une ou deux personnes, à l'époque, « Tiens, tu m'as pas posé la question ? Tu m'as pas demandé si je prenais la pilule ? Ça t'inquiète pas plus que ça ? » « Bon », qu'il m'avait répondu « Bah je me doutais bien que tu la prenais ».

Parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle dans les années 1970 ou au début des années 1980, la contraception a bien été très majoritairement une affaire de femmes. C'est par exemple le cas pour Charles⁵⁷ qui a eu sa première relation sexuelle à 17 ans, au milieu des années 1970, et qui n'avait alors « même pas pensé » à la contraception :

Je m'en souviens, mais je me suis retrouvé très bête, parce que personnellement j'y ai même pas pensé. Et je me souviens que c'est elle qui m'a dit « Mais t'inquiètes pas, je prends la pilule ». Et à ce moment-là comme elle me dit ça je me dis « Mais je suis con ! J'aurais pu y penser ! » (rire)

Dès le milieu des années 1970, chez les plus jeunes, la contraception est donc devenue une problématique féminine. À la fin des années 1970, quand Christophe⁵⁸ commence à son tour sa vie sexuelle, avec une camarade de sa promotion d'études de médecine, il n'a lui non plus aucune idée de la méthode qu'emploie (ou non) sa partenaire :

Ah c'était la méthode Ogino, je pense, c'était... Je lui ai même jamais demandé ! Vous comprenez. C'était vraiment pas... Enfin c'était vraiment pas mon problème, quoi. Et

⁵⁴ Elle sera ensuite reformée par certains des anciens militant-e-s au début des années 2010 (sur le sujet voir Soufir et Mieusset (dir.) 2013).

⁵⁵ Christiane Collange, « Les “laissées pour compte” de la contraception », *Elle*, 10 décembre 1979.

⁵⁶ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

⁵⁷ Chauffeur routier à la retraite, 60 ans, marié, un enfant.

⁵⁸ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

puis bon... C'est un truc on n'en discutait jamais avec les copains... Vraiment, la contraception c'était le problème de la fille, quoi ! Y'avait la pilule, elles se... Et on pensait qu'elles la prenaient toutes, quoi. On n'y pensait même pas. C'était pas notre problème.

Comme le répète Christophe, la contraception n'était « pas son problème » tant il était évident pour les hommes que les filles « prenaient toutes » la pilule. Si sa partenaire n'avait pas été enceinte suite à ce rapport, il n'aurait sans doute jamais su qu'elle n'utilisait pas la pilule mais une méthode de calcul de son ovulation (après son avortement, elle prendra la pilule). Contrairement à ce que l'on pourrait anticiper – et Christophe lui-même juge cela « assez étonnant » *a posteriori* –, il ne change pas ses habitudes suite à cette grossesse, continuant à considérer que lorsqu'une jeune femme « acceptait une relation » c'est qu'elle « était prête », c'est-à-dire qu'elle prenait la pilule : « Donc c'était pas mon problème, jamais. Pas du tout du tout mon problème. » Définitivement, la contraception rejoint désormais l'avortement en tant qu'affaire – et problème – de femmes.

Cette forme de démission masculine est soulignée dans la presse, où la focalisation se fait surtout sur les plus jeunes, comme c'est souvent le cas lorsqu'il s'agit d'évoquer un aspect de la sexualité jugé problématique (par exemple la pornographie : voir Vörös 2012). On a vu que la pilule était progressivement devenue le contraceptif des jeunes femmes, dans un double mouvement d'acceptation de la sexualité des plus jeunes et de contrôle médical de celle-ci. Concernant le peu d'implication des hommes, ce sont à nouveau les jeunes qui représentent la cible des arguments développés, alors même que tous les âges sont concernés. La solution qui apparaît alors la meilleure pour que se fasse le partage de la responsabilité est celle du préservatif : si le développement de la contraception médicale a freiné son essor, ses ventes avaient beaucoup augmenté entre les années 1950 et le début des années 1970, passant « de 21 millions d'unités [...] à 50 millions », ainsi que l'annonce un ouvrage titré avec optimisme *La contraception, c'est aussi l'affaire des hommes* (Darolle 1974, p. 52) et qui prône la vasectomie. Mais la diffusion de la pilule va rapidement le rendre largement obsolète, malgré des rappels récurrents dans la presse de son intérêt en tant que méthode masculine – du moins pour les plus jeunes, considéré-e-s comme les plus « à risque » de grossesses non désirées. C'est par exemple le cas dans le contexte du vote de la première loi Veil, qui doit être examinée par le Sénat à l'automne 1974 et qui prévoit justement d'abolir les restrictions concernant la contraception pour les mineur-e-s. En prévision de ce débat, *Le Monde de la médecine* publie dans son numéro du 17 juillet 1974 un article intitulé « Les jeunes et la contraception », qui indique bien que si la pilule n'est pas le seul mode de contraception possible pour les plus jeunes, elle reste le plus efficace. L'article souligne cependant un avantage des préservatifs masculins, à savoir qu'« outre le rôle protecteur qu'ils exercent contre la transmission des maladies vénériennes, ils ont l'avantage de faire appel au sens de la responsabilité du garçon ». Une responsabilité est cependant moins valorisable qu'une compétence, ce qui peut contribuer à expliquer le manque d'enthousiasme masculin.

1.3.3.2 La disparition du préservatif masculin

Quelques années plus tard, cette nécessité de faire davantage appel à la responsabilité masculine continue d'être mise en avant – mais elle sonne presque comme une cause perdue, et reste complètement inaudible compte tenu du renversement des responsabilités qui s'est opéré. Ainsi le dossier « Contraception 80. Tout ce que vous voulez savoir » du numéro de novembre 1980 du magazine *Marie Claire* consacre-t-il un encart, intitulé « Contre la démission masculine », à ce problème spécifique :

Les garçons ne sont plus du tout responsables. Les filles s'en plaignent : à nous les problèmes de pilule, de gynécologue, et eux ? [...] Un effort d'information ne pourrait-il pas être fait en direction des garçons afin qu'ils assument eux aussi leur part de responsabilité ? [...] On pourrait installer des distributeurs de préservatifs dans quelques endroits bien choisis, comme cela se fait dans de nombreux pays.

La solution qui apparaît la meilleure pour remobiliser les jeunes hommes est bien celle du préservatif, mais il semble difficile de lutter contre son image « un peu archaïque, voire ridicule ou “folklorique” », comme le résume un ouvrage de l'époque (Chatain 1980, p. 147). L'idée est donc d'encourager chez les plus jeunes une « double protection du couple » (pilule pour la femme, préservatif pour l'homme), comme en témoigne cette publicité pour les préservatifs Durex que l'on peut trouver dans la revue à destination des médecins *Contraception, fertilité, sexualité* de novembre 1977 (vol. 5, n° 8) :



Figure 2. Publicité pour les préservatifs Durex, 1977

Les brochures publicitaires des laboratoires GANI, qui commercialisent ces contraceptifs, indiquent d'ailleurs qu'il s'agit, grâce à ce « produit d'une sécurité absolue », « d'éduquer, d'informer et de sensibiliser l'opinion, et en particulier certains publics, les jeunes par exemple⁵⁹ ». Ce sont donc bien les jeunes qui sont, déjà, au cœur du marketing qui cherche à se développer en France autour du préservatif. Cependant, il s'agit ici d'une revue très spécialisée – et ce discours n'est pas relayé par les médecins et, donc, pas entendu du grand public, qui persiste à ne pas vouloir du préservatif malgré les quelques campagnes de presse en sa faveur. Dans *Libération* paraît ainsi, le 24 mars 1980, un article qui

⁵⁹ Fonds Dalsace-Vellay, « Vellay 5 : Contraception (1968-1977) », boîte 1.

est un véritable plaidoyer pour l'utilisation de la « redingote anglaise », appelant et annonçant son retour « en force » :

Pêle-mêle, l'écologie, la hantise de la contraception médicamenteuse, la prise de conscience féministe, l'émergence de la dualité des pouvoirs et responsabilités entre hommes et femmes pourraient bien faire le succès du seul contraceptif mécanique masculin. [...] Alors, l'image vieillotte, ridicule et démodée de la « capote » revient à point nommé pour soulager les couples et renverser la médicalisation forcée de l'organisme féminin⁶⁰.

Le préservatif est présenté comme le symbole d'une égalité des sexes à venir, et le journaliste balaie les objections qu'il peut susciter, le qualifiant de « prologue "érotique" parmi bien d'autres », désormais proposé « en latex parfaitement lubrifié, d'épaisseur variant de 0,003 à 0,005 mm, en couleurs diverses », dont la pression sur le sexe est, selon les utilisateurs, « plutôt stimulante » et le « dépouillement » après utilisation « discret et rapide ». Il s'agit de le faire apparaître comme une alternative moderne à la contraception médicale féminine.

Néanmoins, si l'on s'intéresse à son utilisation parmi les 20-29 ans, on ne peut que remarquer une nette baisse au cours de la décennie : en 1970, 27 % des femmes (et 33 % des hommes) avaient déjà utilisé un préservatif (Simon et al. 1972a, p. 778-779). Pour pouvoir comparer avec l'enquête de 1978, il faut cependant se limiter aux personnes mariées : ce sont alors, en 1970, 36 % des femmes (et 38 % des hommes) de 20-29 ans qui sont concerné-e-s ; mais seulement huit ans plus tard, le taux oscille chez les femmes mariées entre 7,2 % (pour les 20-24 ans) et 14 % (pour les 25-29 ans) (Leridon et al. 1987, p. 180). Ces taux sont des minimums, la question n'étant pas exhaustive (étaient demandées les méthodes utilisées actuellement, précédemment à l'actuelle et enfin en début de mariage). Cependant, la différence est extrêmement importante, et témoigne bien de la désaffection envers le préservatif. Christophe⁶¹, étudiant en médecine au début des années 1980, indique effectivement n'avoir jamais utilisé de préservatifs à cette période : « Les capotes c'était pour rigoler, c'était pour gonfler et accrocher au sapin de Noël. » La seule justification du préservatif aurait été la protection contre les IST. Or, aucune n'est alors considérée comme mortelle, ce qui n'incite pas à son utilisation – même si plusieurs enquêté-e-s déclarent, en riant, avoir attrapé à un moment ou à un autre « des morpions ». Le seul enquêté à avoir utilisé un préservatif dans un but prophylactique (« par rapport à d'autres maladies qu'il y avait déjà ») au début des années 1980 est Jean-Marc⁶², lors de sa première relation sexuelle : c'était avec une prostituée, qui s'en était occupée elle-même. L'utilisation du préservatif est ainsi très marginale, sauf pour certains types de rapports considérés comme déviants.

Un enquêté a cependant été un consommateur régulier de préservatifs avant que le VIH ne soit connu : il s'agit de Charles⁶³, qui les utilisait dans un but contraceptif. Il en avait généralement à

⁶⁰ *Libération*, « Le retour de la « redingote anglaise », 24 mars 1980.

⁶¹ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

⁶² Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

⁶³ Chauffeur routier à la retraite, 60 ans, marié, un enfant.

disposition, au cas où sa partenaire ne prendrait pas la pilule : « je devais en avoir une boîte dans ma poche, une boîte dans la boîte à gants de la voiture, et une boîte chez moi ». Il juge cependant que ce côté responsable (« Ça m'est jamais arrivé d'être pris au dépourvu et de pas en avoir. ») fait qu'il n'est pas « un bon exemple » car on lui reprochait régulièrement d'être « trop sérieux », ce qui pouvait étonner ses partenaires. Il pense ainsi être régulièrement passé vis-à-vis d'elles « pour un qui fait ceinture plus bretelles plus parachute plus assurance-vie ». Selon lui, il était très rare que ses partenaires aient des préservatifs, même si leur usage a commencé à « se démocratiser » au milieu des années 1980. Avant cela, il souligne qu'il était difficile de s'en procurer et qu'ils étaient chers (et non remboursés), ce qui expliquait également leur peu d'utilisateurs/trices :

Mais que c'est vrai aussi qu'à l'époque, acheter une boîte de préservatifs... Il fallait aller à la pharmacie, on vous mettait ça dans une poche en papier qu'on vous passait par en dessous comme si on vous avait vendu trois kilos d'héroïne... (rires) Non non mais c'est vrai ! [...] Et puis je veux dire à l'époque, y'avait pas de distributeur de capotes, maintenant on en trouve dans les... Je sais pas, j'allais dire même au Mac Do on en trouve, hein ! [...] Avec le souci, encore moi quand j'habitais à Paris, ça va, mais quand vous habitez un petit bled, que vous allez qu'à la pharmacie du coin, tout le monde se connaît... Bref... [Et] moi j'ai le souvenir que ça valait une blinde, hein ! C'était des boîtes de six ou de douze, mais on en prenait que six, parce que... Attends, merci ! (rire) Y'avait pas intérêt à en percer un, parce que merci, à ce prix-là ! (rire) Non c'était pas un produit grande consommation.

Au début des années 1980, le préservatif est ainsi toujours un produit dont l'achat peut entraîner une forme de stigmatisation. Objet dont l'utilisation ne rentre pas dans le « cursus de la contraception moderne » (Leridon et al. 1987, p. 182), basé sur l'utilisation de la pilule puis du stérilet, il devient le symbole d'une impossible implication masculine dans la sphère contraceptive. L'arrivée du VIH va cependant modifier la place de cet objet dans le script hétérosexuel.

2 La fin de la « parenthèse enchantée » ? VIH et retour du préservatif

En juin 1981 sont signalés à Atlanta, aux États-Unis, cinq cas d'une pneumonie rare et grave généralement liée à une perturbation du système immunitaire. Les cinq patients sont de jeunes hommes homosexuels. Quelques semaines plus tard, alors que des hommes présentant de nouveaux symptômes relevant de problèmes immunitaires sont identifiés outre-Atlantique, un premier patient est pris en charge en France. Des études épidémiologiques, cliniques et biologiques se mettent en place aux États-Unis et en France. En 1983, alors que plus de 3000 cas sont désormais signalés dans le monde par l'OMS, l'équipe française du professeur Montagnier identifie ce qui sera finalement désigné à partir de 1986 sous le nom de VIH, « virus de l'immunodéficience humaine » (pour des détails concernant ce processus de découverte, voir Thiaudière 2002, p. 8-20). Ce virus – qui se transmet par le sang, le sperme et les sécrétions vaginales ainsi que par le lait maternel – attaque le système immunitaire et est responsable d'un affaiblissement du système immunitaire qui peut être mortel : le sida. L'identification du virus et de ses mécanismes ne permet pas de mettre au point de traitement efficace pour les malades

avant 1996, avec l'apparition des trithérapies. Du milieu des années 1980 à la fin des années 1990, la seule réponse face au virus est donc de chercher à éviter autant que possible sa diffusion. En ce qui concerne la sexualité, en dehors de l'adaptation des pratiques (par exemple en évitant la pénétration), le seul moyen de prévenir de manière certaine une contamination est d'utiliser un préservatif – cet objet que la diffusion de la contraception médicale, sans l'avoir complètement évincé, avait fait tomber en désuétude. La peur de la maladie se substitue, après une période qui sera qualifiée de « parenthèse enchantée⁶⁴ », à celle de la grossesse qui régnait encore seulement vingt ans plus tôt. Et si la crainte de concevoir ne concernait que les rapports hétérosexuels, le risque d'être infecté par le VIH touche toutes les relations, et au premier chef les rapports homosexuels entre hommes.

Le 1^{er} juin 1987, à l'occasion de l'ouverture à Washington du troisième congrès international sur le sida, *Libération* titre : « Le sida change le sexe ». Le virus va avoir un rôle crucial aussi bien dans les comportements contraceptifs, le préservatif étant une protection à la fois contre les IST et les grossesses, que dans les représentations, pratiques et comportements sexuels de manière plus générale. Ne pas revenir sur l'« épidémie du sida », sa genèse et ses effets sur la sexualité contraceptée, ce serait finalement « occulter ce que les discours, les pratiques et les politiques de la sexualité contemporaine doivent aux mobilisations collectives face à [celle-ci] » (Gabriel Girard dans Baille et al. 2017, p. 86). Comment l'arrivée du VIH et le fait de devoir associer, à nouveau ou pour la première fois, sexualité et risque ont-ils été vécus par les personnes ayant des rapports hétérosexuels ? Ce sont les représentations de l'épidémie parmi la population ayant des pratiques hétérosexuelles qu'il faut prendre en compte, ainsi que les modalités de la promotion du préservatif et son lien avec la sexualité et la contraception.

2.1 Du « cancer gay » au problème des jeunes

Au cours des années 1980, alors que les recherches sur le VIH s'intensifient et que l'on commence à comprendre les modalités de sa transmission, son image est celle d'un virus touchant des populations précises et limitées. Les journaux évoquent en particulier un « virus des homosexuels » et documentent des cas de transmission à des personnes droguées, participant ainsi à faire apparaître la maladie comme lointaine aux yeux de beaucoup de personnes ayant uniquement des rapports hétérosexuels. La mise en évidence par la presse et les pouvoirs publics de *groupes* à risque (sur le sujet voir Trachman, Gelly et Girard 2018), plutôt que de *pratiques* à risque, contribue ainsi à renforcer les « stigmates accolés au Drogué, à l'Homosexuel, à la Prostituée ou au Migrant qui, de groupes déviants, deviennent des groupes porteurs d'un danger de maladie » (Thiaudière 2002, p. 50-51). Pour reprendre les termes de Susan Sontag, avec le sida c'est « la peur d'individus polluants » qui s'installe (2009 [1988], p. 205).

Cette idée que le risque du VIH serait circonscrit à certains groupes transparaît particulièrement bien dans les entretiens des personnes ayant vécu cette époque, qu'elles aient été jeunes à ce moment-là

⁶⁴ Expression attribuée à Françoise Giroud, mais dont l'origine reste introuvable. La période qui a débuté ensuite a pu être qualifiée récemment, en référence, de « parenthèse désenchantée » (Baille et al. 2017).

ou plus âgées. Monique indique ainsi que « le sida était vraiment vu comme un truc d'homosexuels hommes ». De son côté, Christophe⁶⁵ n'en tient pas compte lorsqu'il débute sa vie sexuelle, entre 1980 et 1985 (il fait pourtant des études de médecine) :

Enquêtrice : Donc avant [1985], le VIH c'était pas encore une préoccupation pour vous ?

Christophe : Ah pas du tout ! Le VIH il existait quasiment pas, encore ! On n'avait pas du... C'était pas du tout du tout... On voyait, on pensait que c'était un truc... C'était le cancer des pédés, quoi. C'était un truc qui concernait les homosexuels seulement. Et encore, la marge quoi. Vraiment un truc... Une espèce de maladie exotique, quoi.

Le VIH est ainsi présenté comme une maladie qui ne touche que certains groupes, ce qui encourage les hétérosexuel-le-s à se penser à l'abri : Monique⁶⁶ ne se sentait « pas du tout concernée » non plus et pour Philippe⁶⁷ il s'agissait d'« une problématique entre homosexuels » (« Donc t'es pas homosexuel, voilà quoi. T'as pas de risque. »). Charles⁶⁸ de son côté ne se souvient plus des débuts de l'épidémie (« Je devais pas me sentir concerné du tout »), pas plus que Véronique⁶⁹ selon laquelle « la communication a commencé par se faire sur un mode qui faisait que les couples hétéros se sentaient pas vraiment concernés ». Le VIH apparaît comme un problème d'hommes homosexuels.

Il faut attendre 1987 pour que l'idée d'une contamination plus large soit évoquée en France : en février, deux mois avant la première campagne médiatique sur le sujet, *Libération* consacre ainsi une double page au « Soupçon de sida entre hétéros », précisant dans le titre que « sortie du ghetto homo et toxico, la peur de l'infection pointe son nez du côté drague hétéro⁷⁰ ». L'illustration de l'article est particulièrement représentative de la rupture qu'opère le VIH, et avec lui le retour du préservatif, dans le modèle sexuel qui s'est mis en place : elle représente un homme et une femme contre un mur, en plein rapport sexuel. Elle : « Vous avez oublié le préservatif ? » Lui : « Pourquoi... Vous ne prenez pas de pilule ? » Ainsi, l'idée d'une responsabilité masculine du préservatif se heurte à un modèle dans lequel la gestion du risque lié à la sexualité – la grossesse – est devenue très majoritairement féminine.

L'idée que les hétérosexuel-le-s pourrait être également concerné-e-s émerge donc peu à peu, et peut représenter pour ces dernier-e-s un « coup de massue », pour reprendre les termes d'Odile⁷¹. La première campagne nationale de prévention à destination des hétérosexuel-le-s a lieu en avril 1987 à la télévision et cible les jeunes. Elle met en scène un jeune homme qui monologue, face caméra, sur un fond de chanson (« Il court il court, le sida. Il est passé par ici... »), et qui brise de sa main la courbe ascendante des contaminé-e-s⁷². Le clip indique : « Le sida c'est pas une épidémie, c'est une maladie

⁶⁵ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

⁶⁶ Enseignante-chercheuse retraitée, 71 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

⁶⁷ Écrivain, ancien journaliste, 64 ans, célibataire, un enfant.

⁶⁸ Chauffeur routier à la retraite, 60 ans, marié, un enfant.

⁶⁹ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

⁷⁰ « Soupçon de sida entre hétéros », *Libération*, 3 février 1987.

⁷¹ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

⁷² Le clip est visible en ligne. Source : <https://www.youtube.com/watch?v=PIfII0CcKZ8>, consulté le 5 août 2018.

qu'on peut éviter. Il se transmet seulement par les relations sexuelles et par le sang. Alors c'est facile de se protéger, de protéger ceux qu'on aime. Il suffit de s'informer. Il passera pas par moi. » Le préservatif n'est pas mentionné – aucune manière d'éviter la contamination, en fait. Une seconde campagne a lieu dès octobre 1987, dans les cinémas cette fois-ci. L'acteur solitaire du spot d'avril cède en octobre la place à un couple, le slogan évolue, devenant « Le sida, il ne passera pas par nous » et, surtout, apparaît pour la première fois le conseil d'utiliser un préservatif (Paicheler 2002, p. 60 ; sur le sujet voir également Oliveira 2014). Progressivement, la communication s'infléchit pour passer d'une problématisation de la maladie en termes de « groupes à risque » à une rhétorique en termes de « pratiques à risque », d'« exposition aux risques » ou encore de « situation à risque », ce qui permet progressivement de « constituer le sida en problème universel qui, parce qu'individualisé, peut concerner l'ensemble de la population » (Thiaudière 2002, p. 52).

Toute la population hétérosexuelle n'est pas visée de manière égale par ces campagnes : lorsqu'Évelyne⁷³ souligne que le VIH était « vraiment un vrai cancer, non seulement pour les jeunes, mais même pour les moins jeunes », elle remet en cause le ciblage des jeunes, prééminent depuis les premières campagnes. Le choix de ce groupe en particulier se fait dans un contexte où les adolescent·e·s ne se sentent pas forcément concerné·e·s : en novembre 1988, un article de *Libération* titre par exemple « La peur du Sida ne passe pas par les adolescents », précisant même que « le Sida est considéré le plus souvent comme “un truc d'adulte”⁷⁴ ». C'est le début des années 1990 qui va voir la jeunesse devenir la cible principale des campagnes de prévention – et c'est autour de la « première fois » que va se cristalliser la promotion de l'utilisation du préservatif. Ce choix est effectué car on considère que la jeunesse constitue une période de constitution de comportements qui perdureront, que les jeunes sont vu·e·s comme peu responsables et immatures – il faut donc les guider – et enfin parce qu'il s'agit d'une population « captive », aisément atteignable via le système scolaire (Chartrain 2010). Par ailleurs, adresser les campagnes aux jeunes permet de désenclaver et d'universaliser le discours sur le sida. Enfin, le discours de contrôle de la sexualité des jeunes s'est déjà médicalisé avec la promotion de la pilule. Ils et elles représentent une cible consensuelle, avec à nouveau un effet double. D'abord, chercher à imposer le préservatif revient à dessiner les contours des scripts de la sexualité juvénile. Mais simultanément, indiquer que le préservatif concerne prioritairement les jeunes c'est en quelque sorte légitimer non seulement l'existence d'une sexualité chez les jeunes, mais également le fait qu'ils et elles sont susceptibles d'avoir plusieurs partenaires au cours de leur jeunesse sexuelle. Le préservatif devient ainsi le symbole de l'incertitude des débuts de relations, quand les partenaires ne sont pas encore sûr·e·s de l'autre et de l'existence d'un engagement mutuel – quand l'investissement que représente la prise de la pilule n'est pas encore justifié (Bozon 2002, p. 126). À partir d'une contrainte de santé publique, c'est

⁷³ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

⁷⁴ Catherine Erhel, « La peur du Sida ne passe pas par les adolescents », *Libération*, mardi 8 novembre 1988.

donc un nouveau scénario culturel de l'entrée dans la sexualité qui se met en place, et qui est soutenu par les différentes instances socialisatrices auxquelles sont confronté·e·s les adolescent·e·s.

L'apparition du VIH mène en effet à une évolution importante du rôle de l'école en ce qui concerne la sexualité. Comme le montre Aurore Le Mat, il ne s'agit plus seulement d'informer, mais bien de mettre en place une prise en charge plus globale de la sexualité. « Les frontières du dicible en matière de sexualité se déplacent », pour arriver à une véritable *éducation* à la sexualité dont témoigne, au début des années 1990, la mise en place par l'État des premières formations du personnel de l'Éducation nationale sur le sujet (Le Mat 2018, p. 144). Tou·te·s les enquêté·e·s ayant été scolarisé·e·s en fin de collège ou en lycée dans les années 1990 associent d'ailleurs l'éducation à la sexualité à la sensibilisation au VIH⁷⁵, le « paradigme de la prévention » étant concentré alors autour de cette « crise urgente » (Fenner 2016, p. 91). On en ressent également les effets dans la presse pour adolescentes : le magazine *Jeune & Jolie*, par exemple, se saisit peu à peu de la question du sida entre 1988 et 1989, sans pour autant promouvoir le préservatif – mais jusqu'en 1992 la priorité en matière d'information sur la sexualité reste la contraception. Ce n'est qu'à partir de 1992 que le discours concernant l'utilisation du préservatif évolue, celle-ci étant désormais, et jusqu'en 1996, ouvertement promue dans le magazine et même « le fait d'en avoir, de le proposer et de le poser » (Legouge 2013, p. 71). Les jeunes, et dans ce dernier cas les jeunes *femmes*, sont bien devenus la cible principale des campagnes de prévention.

Ce ciblage des jeunes transparait dans le choix des rhétoriques des campagnes du Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. À l'été 1995 est par exemple diffusée une campagne centrée autour du slogan « Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses “ex” aussi » (également décliné au féminin). Cette campagne, inspirée par Act Up et originellement destinée aux homosexuels, avant d'être déclinée pour les hétérosexuel·le·s, fait polémique (voir Paicheler 2002, p. 223-245 pour un récit détaillé de celle-ci). Sur l'image figurent également un préservatif et le message suivant :

L'été est le moment propice au coup de foudre. Parler du préservatif ensemble et l'utiliser systématiquement, permettent de se protéger. Contempler un homme [une fille], lui susurrer des mots, sortir avec lui [elle], ne dit rien de son passé. Alors si vous craquez, n'oubliez pas le préservatif et ce, dès la première fois.

Ce n'est pas d'une femme, mais d'une fille qu'il est question, ce qui désigne les plus jeunes, considéré·e·s comme prompt·e·s à collectionner les « amours d'été », comme destinataires de cette campagne. Et cette dernière, comme les autres, encourage l'utilisation du préservatif : mais dans la pratique, comment son utilisation s'est-elle progressivement diffusée pour les « premières fois » ?

⁷⁵ Aurore Le Mat note d'ailleurs que « l'épidémie du sida provoque [...] un redéploiement de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, avec notamment la mise en place au début des années 1990 des premières formations de l'Éducation nationale à destination de son personnel pour intervenir sur la sexualité auprès des élèves » (2018, p. 144).

2.2 Le préservatif comme unique solution contre le VIH ?

En 1980, un article de *Marie Claire* pouvait poser aux lectrices cette question : « Les capotes, ça existe encore aujourd'hui⁷⁶ ? ». Quinze ans plus tard, les préservatifs sont largement utilisés dans le cadre des nouvelles relations, même si leur diffusion se limite aux premiers rapports sexuels (la « première fois » et les rapports occasionnels, très associés à la jeunesse). Par ailleurs, leur utilisation reste temporaire, « une contraception plus efficace et moins liée à l'acte sexuel (la pilule ou, dans une moindre mesure, le stérilet) [prenant] le relais quand la relation est stabilisée » (Toulemon et Leridon 1995, p. 4). Les ventes de préservatif concentrent l'attention des pouvoirs publics et sanitaires en matière de prévention de la diffusion du VIH, alors que le chiffre des contaminations donnerait également des informations sur l'épidémie. Mais mesurer son utilisation permet d'estimer et de publiciser l'entrée de la norme dans les comportements (et des comportements dans la norme), d'où l'intérêt qu'il suscite (Gagnon 2008, p. 150-151). Se diffuse donc petit à petit l'idée que le préservatif n'est pas assez utilisé, ce qui « se justifie dans la mesure où il est envisagé que tout le monde doit utiliser des préservatifs dans toutes les circonstances » et « permet de ne pas discriminer entre les personnes atteintes et les autres » (Paicheler 2002, p. 63). Pour comprendre cette mise au centre du préservatif dans la lutte contre le VIH, il faut s'intéresser aux modalités de sa banalisation et voir comment cette réhabilitation d'un objet considéré comme désuet et masculin s'appuie sur le système de genre. Mais cette stratégie du « tout préservatif », qui se juxtapose au climat « tout pilule », se heurte à des limites.

2.2.1 Une banalisation progressive pour certains rapports sexuels

En 1988, un article de *Libération* estime que « le préservatif est visiblement plus présent dans les imaginaires (à défaut de l'être véritablement dans les pratiques) que le sida⁷⁷ ». Quelques années plus tard, le préservatif semble tenir autant de place dans les pratiques que dans les imaginaires : comment expliquer cette banalisation ? Une piste explicative tient dans une stratégie de « découplage entre sida et préservatif » visant à encourager l'utilisation du second sans l'associer au premier. Un marketing social se met en place autour de l'objet : il s'agit de différencier les campagnes de prévention, en distinguant entre « l'hédonisme pour des campagnes de promotion des préservatifs, traitées avec humour et légèreté, et l'émotion, l'empathie pour la communication sur la maladie et les malades visant à susciter tolérance et solidarité » (*Ibid.*). Il faut en particulier « développer “normalisation, banalisation culturelle et positivation du préservatif” » (Paicheler 2003, p. 39). La banalisation du préservatif est donc un objectif affiché des pouvoirs publics et des instances sanitaires.

En 1992, d'après une enquête KABP⁷⁸, ce sont déjà 67 % des individus interrogés qui considèrent que le préservatif est « *quelque chose de banal* » (Beltzer et al., 2011, p. 44). Petit à petit,

⁷⁶ Dossier intitulé « Contraception 80. Tout ce que vous voulez savoir », *Marie-Claire*, novembre 1980.

⁷⁷ Catherine Erhel, « La peur du Sida ne passe pas par les adolescents », *Libération*, mardi 8 novembre 1988.

⁷⁸ Pour « Knowledge, Attitudes, Practices and Beliefs ». Enquêtes portant sur les connaissances, les croyances, la perception et les comportements de la population à l'égard du VIH et des personnes séropositives.

les représentations sociales assimilent le discours porté par les pouvoirs publics et dont les journalistes se font les diffuseurs. C'est par exemple la dimension ludique du préservatif qui est mise en avant pour encourager son utilisation, comme c'est le cas en 1994 dans une chronique télévision du *Monde*, portant sur un numéro de l'émission « Ça se discute » consacré au préservatif : elle rapporte que Jean-Luc Delarue⁷⁹ fait « swinguer les capotes anglaises à la manière d'un collégien égrillard⁸⁰ ». Ou encore lorsqu'en octobre 1995, *Libération* indique que l'on peut désormais « assortir la capote à ses chaussettes » et que les modèles se multiplient, plus de cinquante marques étant désormais recensées sur le marché : « Extra large, extra fin, vert ou à la fraise : le préservatif se vend comme un article de mode⁸¹. » Le préservatif devient progressivement un objet du quotidien.

L'utilisation du préservatif n'est cependant pas banale dans le cadre de toutes les relations, mais reste concentrée sur les premiers rapports et les rapports occasionnels, auxquels le risque de transmission du VIH demeure associé :

Enquêtrice : Et à propos de maladie, est-ce que le sida c'est quelque chose qui vous a fait peur, pour vos enfants, vos petits-enfants ?

Paulette⁸² : Ah non, parce que nous on a toujours eu les mêmes choses, on n'a pas changé d'homme, ni rien hein ! Donc...

Enquêtrice : Et vous aviez pas peur pour vos enfants, ou vos petits-enfants ?

Paulette : Non... Oh, bah c'est pareil, ils ont connu leur bonhomme et leur bonne femme, après ils ont pas changé, ils sont restés avec les mêmes hein.

Le VIH semble ainsi, pour Paulette, ne pouvoir concerner que les personnes qui changent régulièrement de partenaire. Cette représentation découle des campagnes de prévention, qui se centrent effectivement sur le multipartenariat. Une campagne du Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie de 1995 utilise par exemple le slogan « Quand vous faites l'amour avec Sophie, pensez à protéger Valérie » accompagné de l'image des vêtements masculins et féminins à l'abandon sur une chaise. Ce ciblage sur les multipartenaires s'appuie sur le risque plus élevé qu'ils et elles encourent, mais également sur « la plus grande flexibilité des pratiques sur les scènes sexuelles secondaires » (Bozon 1998b, p. 23) : lorsque le script interpersonnel est moins arrêté qu'avec un-e partenaire régulier-e, il devient plus facile d'y insérer l'utilisation du préservatif.

Cette utilisation est donc particulièrement importante chez les plus jeunes, avant le début, chez la plupart, d'une période de vie conjugale souvent monogame. C'est d'autant plus le cas que les relations sexuelles ont désormais lieu plus tôt dans l'histoire d'un couple, le délai de sexualisation des relations s'étant abaissé depuis les années 1970 (Bozon 1991, p. 79). Son utilisation au premier rapport devient très rapidement largement majoritaire : alors que le chiffre oscille jusqu'au début des années 1980 autour

⁷⁹ Animateur et producteur de télévision, il a animé entre 1994 et 2009 l'émission « Ça se discute », consacrée à des sujets de société et qui s'appuyait sur les témoignages d'invités ainsi que sur des reportages.

⁸⁰ Philippe Boggio, « Bonheurs de latex », *Le Monde Radio-Télévision*, 4-5 décembre 1994, p. 39.

⁸¹ Nicole Penicaut, « Assortir la capote à ses chaussettes », *Libération*, 13 octobre 1995.

⁸² Cuisinière retraitée, 84 ans, veuve, célibataire, deux enfants.

de 10 %, à partir de 1990 plus de la moitié des premiers rapports ont lieu avec un préservatif et, à partir de 1995, plus de 80 % (Rossier, Leridon et l'équipe Cocon 2004, p. 452).

Mais il est aussi de plus en plus utilisé lors des premiers rapports avec un-e nouveau/elle partenaire ou un-e partenaire occasionnel-le. C'est par exemple le cas chez les enquêté-e-s en couple au moment de la diffusion de l'épidémie et qui n'auront à nouveau des rapports occasionnels que quelques années plus tard, après une séparation. Lorsqu'Évelyne⁸³ recommence à avoir des partenaires sexuels, en 2000 (après 12 ans de couple monogame et 5 ans de célibat), alors que ses filles entrent dans l'adolescence et qu'elle a plus de temps libre pour faire des rencontres, le sida est sa « première inquiétude » et l'utilisation du préservatif lui semble « évidente ». C'est également le cas pour Christophe⁸⁴, qui n'avait jamais utilisé de préservatifs, lorsqu'il recommence à avoir des relations occasionnelles avec des femmes après son divorce, en 2008 (alors qu'il s'était marié en 1985 et n'avait pas eu d'autres partenaires entre-temps). Ce médecin note que désormais « ça faisait partie des règles du jeu » et qu'il aurait été « terrorisé » s'il n'avait pas eu de préservatif : « Oulala, je suis pas joueur, moi ! (rire) Non non, la roulette russe, très peu pour moi. Merci. Moi je les soigne après. » La peur de la contamination est désormais bien présente.

Mais certain-e-s enquêté-e-s ont eu des rapports occasionnels *pendant* la diffusion de l'épidémie et la généralisation progressive des campagnes de prévention aux hétérosexuel-le-s. Ils et elles se sont rendu compte *a posteriori* des risques encourus, comme Véronique⁸⁵ :

J'ai jamais eu de MST, j'aurais très bien pu contracter le sida, parce que le temps que l'information parvienne à ma bulle, sociale, je vais dire, j'avais quand même pris pas mal de risques sans m'en rendre compte. Le temps que je change de comportement, j'ai continué à prendre des risques, peut-être moindres, mais j'ai quand même continué, j'ai pas tout de suite, dès le début des années 1980, percuté qu'il fallait que j'utilise des préservatifs... et que ça soit sans exception, donc...

Ainsi, Véronique souligne bien qu'il a fallu plusieurs années avant qu'elle ne « percuté » qu'elle était également concernée par la maladie. Elle situe aux alentours de 1992 (elle a 28 ans) les débuts de son utilisation systématique du préservatif, et c'est également suite à une rupture que la nécessité de se protéger contre le VIH devient consciente :

C'est facile pour moi, c'est l'année du Centre des avocats, à la fin de mon année d'école, j'ai quitté l'homme avec qui j'étais, et je suis restée quelque temps célibataire, enfin célibataire... avec des petits copains, mais... Et là, comme je... Voilà, c'était plus une vie de couple normale, j'ai commencé à utiliser les préservatifs. Donc je situe cette prise de conscience à cette époque-là.

On voit dans le discours de Véronique la barrière nette qui est tracée entre « une vie de couple normale », ne nécessitant pas de préservatif, et le fait d'avoir « des petits copains ». L'idée qu'il faut

⁸³ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

⁸⁴ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

⁸⁵ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

utiliser un préservatif devient donc progressivement évidente et, plus loin, devient une norme. Cela se manifeste dans les données quantitatives, qui attestent à partir de cette période d'une surdéclaration de l'utilisation du préservatif limitée aux plus jeunes. Or cela peut justement s'expliquer par le fait que « l'utilisation du préservatif en début de relation sexuelle n'est socialement valorisée et donc attendue que dans les générations qui ont été tout spécialement concernées par les campagnes de prévention » (*Ibid.*, p. 465). Si le préservatif devient progressivement un objet banal pour les premiers rapports et les rapports occasionnels, on peut s'interroger sur les modalités pratiques de la diffusion de son utilisation.

2.2.2 D'un objet masculin à une responsabilité assumée par les femmes ?

Lorsqu'apparaissent les premières campagnes généralistes de promotion du préservatif, les hommes sont très largement désinvestis de la gestion des risques liés à la sexualité, et principalement du seul qui semble subsister : une grossesse non désirée. La banalisation de cet « objet sexuel », réputé masculin, semble donc susceptible de réimpliquer les hommes dans l'aspect sanitaire de la sexualité, en les rendant responsables de la protection contre les IST. C'est ce que suggère l'enquête ACSF de 1992, en faisant le point sur le dernier rapport déclaré :

Les hommes, dans 82,6 % des cas, déclarent l'avoir apporté [le préservatif], dans 12,2 % des cas c'est leur partenaire, et dans 5,2 % des cas tous les deux. Parmi les femmes, ces pourcentages sont respectivement 20,2 % (elle-même), 65,6 % (le partenaire) et 14,2 % (tous les deux). La disponibilité des préservatifs reste donc très largement tributaire de l'homme. (Ducot, Bajos et Spira 1993, p. 248)

La responsabilité matérielle de l'objet est donc principalement masculine. Quelques années plus tard, le médecin et épidémiologiste Alfred Spira, responsable de l'enquête ACSF, définit toujours le préservatif comme un « objet essentiellement masculin » mais il s'interroge sur la stratégie à adopter :

Une valorisation narcissique masculine pourrait-elle alors être envisagée autour de l'usage du préservatif, ou doit-on au contraire le banaliser comme un objet du couple, et favoriser une appropriation féminine ? (Spira 1999, p. 258)

La question semble se poser de savoir si le préservatif doit rester du côté de la masculinité, de la sexualité – des hommes – ou bien être plutôt promu dans une perspective responsable, de santé, de couple – et donc être la charge des femmes. Geneviève Paicheler montre qu'au niveau de l'État, un tel dilemme se pose dès 1988 :

La question de la mise en avant des femmes est un point de controverse entre le ministère de la Santé et le CFES [Comité français pour l'éducation à la santé]. Les premiers soulignent dans une note de septembre 1988 que les femmes sont une « cible privilégiée », parce qu'elles sont « courageuses, habituées à être “responsables” de la procréation, de la maîtrise des naissances [...], de l'unité familiale, de la vie dans son quotidien comme dans sa symbolique. [...] Elles sont *prescripteurs* (*sic*) du préservatif. ». Au contraire, le département Études et stratégie du CFES souligne dans un document datant de la même période que « [...] s'il est vrai que les femmes sont de manière générale plus ouvertes à la prévention ; s'il est vrai qu'elles ont pris l'habitude de prendre en charge leur sexualité (contraception, MST) ; s'il est vrai que le sida menace leurs maternités futures ; si on peut, pour toutes ces raisons, admettre qu'elles

pourront plus facilement changer leurs comportements en ce qui concerne le sida, acheter le préservatif, le proposer, les cibler dans un premier temps de manière spécifique pourrait avoir comme conséquence de déresponsabiliser les hommes.» (Paicheler 2002, p. 74-75)

On constate ici que malgré le spectre de la déresponsabilisation masculine, c'est bien la naturalisation du rôle des femmes dans la gestion contraceptive, dont on a étudié la genèse, qui se confirme en s'étendant aux IST. Et effectivement, c'est la perspective d'une responsabilisation des femmes qui semble être adoptée par les campagnes du début des années 1990, comme dans les petits films diffusés en 1993 et mettant en scène des négociations suite à des refus de protection, où c'est à chaque fois l'homme qui est à l'origine du refus et la femme qui est supposée insister pour utiliser un préservatif⁸⁶ (*Ibid.*, p. 151-152).

Les campagnes de promotion du préservatif vont donc s'orienter vers les femmes, et progressivement élargir le champ de responsabilité de celles-ci – plutôt que de s'appuyer sur les hommes. Elles valident ainsi le modèle d'une masculinité irresponsable, le préservatif étant considéré comme forcément trop désagréable pour les hommes pour qu'ils puissent développer une volonté propre de l'utiliser. On retrouve ici des stéréotypes également utilisés dans le discours journalistique concernant le développement de contraceptifs médicaux masculins : il n'est pas possible de changer l'ordre des choses, il vaut donc mieux entériner l'incapacité des hommes que de chercher à bousculer les représentations et rôles masculins et féminins (Oudshoorn 1999). Ces représentations peuvent d'ailleurs s'accorder avec certains discours féministes, qui appuient la nécessité de l'autonomie de la femme en matière de contraception sur le manque de fiabilité inhérent aux hommes (*Ibid.*, p. 148).

La prise en compte des représentations de genre, mais également des modèles de relations hommes-femmes autour de la gestion des risques de la sexualité qui se sont mis en place avec la diffusion de la contraception médicale, sont indispensables pour comprendre les modalités d'utilisation du préservatif. Au début des années 1990, Brenda Spencer pointe la nécessité d'une sensibilisation différenciée pour les hommes et les femmes, « les premiers ayant plus de familiarité et de facilité à l'égard du préservatif et les secondes une attitude plus favorable » (Spencer 1993, p. 1432). Dès cette période, on remarque en effet que les femmes se sentent plus concernées par le VIH et surtout, donc, par l'utilisation du préservatif. Une enquête par entretiens⁸⁷ menée en 1991 sur un échantillon de 150 personnes ayant entre 15 et 24 ans conclut par exemple que les filles « sont plus informées, plus sensibilisées au problème du sida, et qu'elles désirent se protéger », tandis que les garçons « se sentent moins concernés et insistent davantage sur les groupes à risque qu'ils tiennent pour responsables de l'épidémie » (Hintermeyer et al. 1994, p. 54). Cette insistance permet de ne pas avoir à remettre en cause ses propres pratiques tant que l'on ne fait pas partie d'un de ces groupes. Mais c'est également le cas

⁸⁶ Cette rhétorique genrée s'inscrit également dans des représentations différenciées des désirs masculins et féminins (voir chapitre 10).

⁸⁷ Qui fait suite à une première enquête, par questionnaire, qui a eu lieu l'année précédente auprès de 600 jeunes de la même tranche d'âge dans le Bas-Rhin (voir Hintermeyer et al. 1994).

chez des personnes plus âgées, comme en témoigne Véronique⁸⁸, dont on a vu qu'elle avait commencé à utiliser le préservatif à près de 30 ans :

Enquêtrice : Et du coup, comment ça s'est passé de commencer à utiliser des préservatifs ? Ça veut dire que vos partenaires en amenaient, ou que vous vous êtes mise à en acheter...

Véronique : J'en avais toujours moi. J'en avais toujours moi. ... Bah pfou...

Enquêtrice : D'accord. Vous comptiez pas sur l'homme pour...

Véronique : Mais on n'a jamais été, on n'a jamais compté sur les hommes ! (petit rire) Ma génération à moi en tout cas on n'a jamais compté sur eux ! On comptait déjà pas quand on était jeunes pour la contraception, donc...

Selon Véronique, c'est ainsi bien elle qui a pris en charge le préservatif dès le début de son utilisation de cet objet. Même si cette affirmation est peut-être en partie une reconstruction *a posteriori*, orientée par le fait qu'elle a depuis pris l'habitude de s'en occuper seule, on voit ici le parallèle fait entre la responsabilité de la contraception et celle de la protection.

Les campagnes de publicité autour du préservatif vont s'appuyer sur des représentations classiques de la féminité et de la masculinité. Non seulement l'homme est considéré comme irresponsable, mais en 1997 on trouve par exemple dans *Libération* une publicité⁸⁹ pour des préservatifs grande taille qui indique, sous l'image d'un préservatif déroulé : « Habille également l'homme fort ». Pour sensibiliser au fait que différentes tailles de préservatifs existent, c'est ainsi l'idée qu'en utiliser n'est pas signe de faiblesse – et que ces objets peuvent représenter un attribut de la masculinité – qui est mobilisée. Du côté du marketing pour les femmes, ce n'est pas le fait qu'il s'agirait d'une preuve de faiblesse qui pose problème que les représentations sulfureuses que peut charrier cet objet sexuel. Au début des années 1990, on note par exemple aux États-Unis une stratégie de déssexualisation, qui vise à éviter les mentions du plaisir au profit d'une information plus tournée vers la santé (Gamson 1990, p. 273-274). Ainsi, la publicité pour cet objet s'appuie sur et contribue à renforcer les stéréotypes genrés, l'homme apparaissant comme irresponsable et la femme « sans sexualité » (Spencer 1999).

Cependant, la responsabilité féminine du préservatif peut poser problème justement en ce qu'elle s'insère dans des rapports de genre qui sont des rapports de force. Or les inégalités de genre sont susceptibles d'empêcher les femmes de s'imposer dans d'éventuelles négociations : « on estime donc nécessaire de développer des méthodes dont la femme aurait le contrôle direct » (Spencer 1997, p. 68). L'idée qu'un préservatif *féminin* pourrait permettre aux femmes de ne plus dépendre des hommes en matière de protection contre les IST fait donc son chemin : en 1991, *Libération* évoque la vente en Suisse d'un préservatif de ce type, qui « permet à la femme de se protéger du Sida en empêchant tout contact avec le sperme lors des rapports sexuels⁹⁰ » (sa propriété contraceptive n'est pas évoquée). Il est mis en

⁸⁸ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

⁸⁹ *Libération*, demi-page de publicité pour Manix, Hot Rubber et Soft qui « soutiennent l'action de AIDES », 29 août 1997.

⁹⁰ *Libération*, entrefilet « Préservatif féminin », 13 novembre 1991.

vente aux États-Unis en 1993, mais son utilisation demeure extrêmement rare (son existence même n'étant souvent pas connue). En 1997 a lieu aux États-Unis la première conférence à son sujet, et en 1998 il obtient l'agrément de la Communauté Européenne et arrive progressivement sur le marché – mais son utilisation restera très limitée (Hermann-Mesfen 2013, p. 5). C'est plutôt autour de l'utilisation du préservatif masculin que se jouent les rapports de force entre hommes et femmes.

C'est donc bien à travers une prise en charge du préservatif masculin que se manifeste la responsabilité féminine autour du VIH. Cependant, la stratégie adoptée par les pouvoirs publics, qui consiste à prôner le préservatif à l'exception de toute autre possibilité de protection contre l'infection, se heurte aux pratiques des individus. En effet, et quelles que soient les cibles et les messages des campagnes, le préservatif n'est pas utilisé systématiquement, dans toutes les relations et avec tous les partenaires.

2.2.3 Les limites du « tout préservatif »

Les enquêtes sociologiques se multiplient dans les années 1990 pour chercher à comprendre les modalités de l'utilisation du préservatif par les individus. On passe progressivement du paradigme de l'individu comme acteur rationnel, calculant son avantage, à celui de la relation, qui permet de mieux prendre en compte les négociations qui peuvent ou non se jouer concernant l'utilisation de cet objet (liées aux rapports de pouvoir en jeu, mais également à la définition de la relation – voir *infra*), voire à celui de la domination symbolique (pour des détails sur cette typologie voir Van Campenhoudt 2004). D'autres analyses voient aussi le jour, en termes de réseau (Ferrand et Mounier 1998), de trajectoires socio-sexuelles (Bajos et al. 1998), mettant en évidence l'importance du cycle de vie (Bajos 1998), tentant une typologie des modes d'adaptation au risque, comme « L'anxiété du “jeune mec” dans sa difficile exploration » ou « Le risque subi de la femme dominée » (Peto et al. 1992), ou encore resituant l'utilisation de l'objet dans une démarche globale, pour éviter de considérer l'acte isolément, et éclairant les pratiques de dépistage qui se mettent en place (Lagrange 1997). Rommel Mendes-Leite (1995) développe de son côté l'idée de « protections imaginaires et symboliques » utilisée par les individus, en distinguant entre des « mécanismes de repérage » des partenaires (en fonction de l'apparence, de l'âge, du lieu de rencontre, etc.) et des « mécanismes de maintien » (reposant sur la monogamie, la confiance, etc.). Les recherches sont donc menées selon des perspectives diverses et complémentaires.

Le choix de partenaires ou de relations permettant d'éviter le préservatif est effectivement une pratique fréquente : parmi les jeunes, c'est le cas au début des années 1990, avant la diffusion des préservatifs. Une recherche sur les 15-24 ans indique par exemple qu'ils et elles « se protègent davantage du sida par la fidélité à un partenaire ou par l'abstinence, que par l'utilisation du préservatif » (Hintermeyer et al. 1994, p. 48). On remarque également de telles stratégies chez les jeunes hommes nés de parents maghrébins résidant en France, âgés de 18 à 25 ans, étudiés par Christelle Hamel à la fin des années 1990 :

Les comportements de protection de ces garçons varient selon leur partenaire. Avec leur copine « sérieuse », ils n'utilisent pas de préservatifs parce qu'ils lui font « confiance », parce qu'elle les « aime » et qu'elle ne représente pas cette femme fatale dont il faut se méfier. De plus, la contraception est pour eux une question strictement féminine, si bien qu'ils ne s'en soucient pas. (Hamel 2002, p. 96)

Les hommes interrogés tracent ici une distinction entre les « filles bien » et les autres, distinction qui recoupe celle faite quelques décennies auparavant par les hommes qui n'acceptaient l'utilisation de la pilule que par les secondes (voir *supra*). C'est désormais pour calculer le risque d'infection qu'est utilisée cette partition, le VIH ne pouvant être transmis que par celles qui sont vues comme des « putes » (Clair 2012b), avec lesquelles le préservatif est donc utilisé (Mulot 2009 fait le même constat à partir d'une étude des Antilles françaises dans les années 1990). On retrouve d'ailleurs le même type de raisonnement parmi les enquêtés·e·s. Danièle⁹¹, par exemple, qui après une première union (et un premier enfant) rencontre au début des années 1990 son mari actuel, explique ne pas avoir utilisé de préservatif :

J'ai bien réfléchi quand même avant de me lancer dans cette nouvelle aventure... C'est quelqu'un qui avait déjà un enfant, etc. Donc... Voilà, j'ai, on était sûrs l'un de l'autre, en fait.

Ici, c'est la connaissance de l'autre qui prime sur l'utilisation du préservatif. Pour Philippe⁹², qui recommence à avoir des relations après son divorce, en 1994, c'est la « confiance » dans ses relations, renforcée par le fait qu'il n'a pas de rapports occasionnels et connaît donc ses partenaires, qui permet de se passer de l'objet : « j'étais quand même dans des relations sexuelles qu'avec des femmes avec qui j'avais confiance et qui me faisaient confiance ». Si le préservatif est la seule protection complètement efficace contre le VIH, son utilisation est donc limitée à certaines relations, certains partenaires, certains moments du cycle de vie, comme le montrent les résultats de l'enquête ACSF :

Au-delà de la diversité interindividuelle, la variété des moyens de prévention se retrouve pour un même individu, puisqu'il apparaît que l'individu possède en fait un « dispositif de prévention » dont il mobilisera certains éléments plutôt que d'autres, selon la phase de son cycle de vie, en fonction de ses expériences passées, et selon les caractéristiques du contexte relationnel. On a pu montrer par exemple que les plus jeunes – en phase d'expérimentation sexuelle – sont peu enclins à réduire les occasions de rencontres sexuelles et s'orientent préférentiellement vers l'utilisation du préservatif. (Bajos 1998, p. 41-42)

Finalement, malgré les campagnes en faveur de l'utilisation systématique du préservatif, les études montrent bien que c'est son utilisation occasionnelle qui devient la norme (Bajos 1998, p. 51). L'utilisation « normale » du préservatif, c'est l'utilisation en début de relation, et uniquement celle-ci : dans le script d'un début de relation (ou d'une relation occasionnelle, qui représente en fait un début de relation sans suite), le préservatif s'est progressivement forgé une place qui contribue un peu plus à l'associer à la jeunesse, où ces débuts de relation sont les plus fréquents, les changements de partenaires étant plus nombreux. Mais passée(s) la ou les premières relations, il est rapidement abandonné : d'où

⁹¹ Assistante commerciale au chômage, 56 ans, mariée, deux enfants.

⁹² Écrivain, ancien journaliste, 64 ans, célibataire, un enfant.

l'importance que donnent rapidement les campagnes de prévention à la question du dépistage (voir Paicheler 2002, p. 160-163 pour les années 1990 ; Gelly et Pavard 2016 pour le développement du dépistage à la fin des années 2000). Et dans le cadre d'une sexualité monogame et régulière, il perd toute légitimité, et donc sa place dans le script sexuel.

2.3 Encourager le préservatif sans décourager la contraception

L'utilisation du préservatif prend place dans la sexualité contrainte qui s'est mise en place depuis les années 1960. Mais peut-on dire qu'il a une influence sur celle-ci ? Il faut interroger pour le savoir l'évolution des comportements sexuels, mais également celle des pratiques contraceptives.

2.3.1 Entre représentations et statistiques, quels effets sur la sexualité ?

Il semble difficile de concilier sexualité et préservatif, car ce « gramme cinq de latex » (Lagrange 1991) est réputé à la fois avoir des effets sur le plaisir et témoigner d'un manque de confiance dans le/la partenaire. La promotion du préservatif nécessite donc d'éviter ces deux écueils – ce qui implique parfois des choix controversés. Les acteurs/trices de la prévention doivent effectuer des « exercices d'équilibriste⁹³ » pour encourager la prévention sans décourager les utilisateurs/trices de préservatifs. Il s'agit par exemple de ne pas associer trop fortement celui-ci à une diminution des sensations. En 1995, une affiche centrée sur la fellation est ainsi retirée d'une campagne de prévention afin de ne pas « brouiller le message », comme en témoigne Alfred Spira dans un article de *Libération* intitulé « Sida : ne pas piper mot des pipes⁹⁴ » :

Le risque de contamination par fellation est très faible. De l'ordre de 0 à 4 % selon une étude européenne [...]. C'est vrai qu'avec un préservatif, le risque devient nul. Mais il faut doser le niveau d'acceptabilité du message. Si cela devient compliqué de se protéger, les personnes peuvent laisser tomber toute protection. Du caoutchouc dans la bouche, ce n'est pas agréable !

L'évidence qu'il n'est « pas agréable » d'avoir du caoutchouc dans la bouche conduit ainsi à une sélection dans la publicisation des pratiques à risque (voir Paicheler 2002, p. 226-228 et 239-241 pour plus de détails). Dans certains cas, la question du plaisir rentre donc en compte dans la promotion du préservatif, l'idée qu'il diminue les sensations – ce qui risque donc de diminuer son utilisation – semblant acquise.

L'idée qu'a existé une période « libre » (une « parenthèse enchantée »), en regard de laquelle la sexualité protégée ne pourrait être que décevante, persiste dans les discours des personnes ayant connu la sexualité avant l'épidémie, et alors que la contraception médicale était autorisée. Selon Thérèse⁹⁵, qui a commencé sa vie sexuelle avant la loi Neuwirth, le fait de ne pas avoir de contraception fiable entraînait certes une véritable « terreur », mais il n'en reste pas moins que « c'est mille fois pire avec le sida ». De

⁹³ Laurence Folléa, « L'efficacité des campagnes de prévention du sida est mise en question », *Le Monde*, 19 juillet 1995.

⁹⁴ Ghislaine Buffard, « Sida : ne pas piper mot des pipes », *Libération*, 7 juillet 1995.

⁹⁵ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

son côté, si Véronique⁹⁶ a pu multiplier les rencontres et les relations dans sa jeunesse c'est selon elle à la fois parce qu'elle a « eu cette grande chance de vivre une époque où la contraception était libre » et parce que le VIH n'avait pas encore fait son apparition, d'où la possibilité de ne pas trop réfléchir aux « conséquences » de ses rapports. C'est aussi le discours que tient Christophe⁹⁷ aux plus jeunes que lui : « je leur dis “Nous on avait de la chance, on avait la contraception, et pas le sida” ». Selon Anne⁹⁸, désormais « le sexe est triste, problématique » du fait de la crainte du VIH qui entraîne « une espèce de retenue, un manque de fraîcheur par rapport à ça » et Évelyne⁹⁹ compare le « malheur » de la génération de ses filles (nées à la fin des années 1980) avec « ces années folles, où en fait on était quand même libres » qu'elle-même a vécues. La reconstitution d'une période bénie semble générale, l'arrivée du VIH étant constituée en événement empêchant toute sexualité épanouie (alors que le préservatif, en plus d'être considéré comme « banal » par les plus jeunes, n'est utilisé que pour une minorité des rapports sexuels).

Sur le moment, la question des conséquences de l'épidémie sur la sexualité se pose également très rapidement : dès décembre 1988, un article du *Monde* (basé sur des études française¹⁰⁰ et canadienne concernant les hétérosexuel-le-s) titre ainsi : « La peur du SIDA a commencé à modifier le comportement sexuel des célibataires à partenaires multiples¹⁰¹ ». Dans l'article, il apparaît en fait principalement que « la fréquence réelle des relations sexuelles et que le nombre de partenaires sont beaucoup moins élevés qu'on ne l'imagine », sans qu'une véritable évolution puisse être constatée. La dernière enquête quantitative sur la sexualité remontant à 1970, il est cependant difficile d'identifier des effets précis de l'épidémie en la comparant avec l'enquête ACSF de 1992 – mais l'âge au premier rapport sexuel n'a pas diminué entre les deux enquêtes (Bozon et al. 1993). Difficile donc d'isoler des effets immédiats sur la sexualité en tant que telle. Cependant, le préservatif ne protège pas uniquement du VIH, mais également de la grossesse : sa diffusion pourrait donc avoir des conséquences sur les comportements contraceptifs.

2.3.2 Le préservatif, un soutien pour la diffusion de la contraception médicale

Le préservatif est en effet un moyen de contraception autant que de protection. On peut alors se demander si l'augmentation de son utilisation n'a pas pu contribuer à remettre en cause le schéma contraceptif français que l'on observait au début des années 1980, et qui reposait sur l'utilisation de la pilule, puis du DIU. En juin 1996 est ainsi lancée une campagne d'information sur le thème « Pilule et

⁹⁶ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

⁹⁷ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

⁹⁸ Chargée de mission en santé et doctorante, 60 ans, mariée, deux enfants.

⁹⁹ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

¹⁰⁰ « Le SIDA et le comportement sexuel des franciliens », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de la direction générale de la santé*, n° 49, 1988.

¹⁰¹ Jean-Yves Nau, « La peur du SIDA a commencé à modifier le comportement sexuel des célibataires à partenaires multiples », *Le Monde*, 29 décembre 1988.

capote, les deux c'est top¹⁰² ! », pour encourager l'utilisation conjointe des deux méthodes en début de vie sexuelle. Cependant, l'utilisation de la pilule et du DIU ne régresse pas. Au contraire, la proportion de femmes ne prenant aucune précaution en matière de grossesse lors des premiers rapports diminue, passant de 30 % en 1988 à seulement 16 % en 1993 (Toulemon et Leridon 1995, p. 3). C'est plutôt l'usage du préservatif au premier rapport qui a augmenté, « passant pour les femmes de 8 % en 1987 à 45 % en 1993 » ; en 1994, les préservatifs sont ainsi la méthode de contraception la plus utilisée au premier rapport (*Ibid.*, p. 4). Le préservatif a en fait remplacé les cas où aucune contraception n'était utilisée en début de vie sexuelle (Rossier, Leridon et l'équipe Cocon 2004, p. 472). En 1996, son utilisation au premier rapport atteint 85 % (*Ibid.*, p. 451). Comme on peut le lire dans *Libération* en 1995, « contrairement à la capote britannique, qu'on espère imperméable, les Français sont en apparence perméables aux campagnes de sensibilisation¹⁰³ ». Le préservatif se diffuse ainsi sans préjudice pour la pilule.

De plus, alors que la pilule, puis le DIU avaient longtemps été majoritairement utilisés par les femmes les plus instruites, à partir du milieu des années 1990 « les proportions d'utilisatrices sont presque identiques, pour chacune des deux méthodes, dans les divers groupes socio-économiques » (Guibert-Lantoine et Leridon 1998, p. 795). Les chercheurs/ses qui s'interrogent sur le comportement des jeunes vis-à-vis de la pilule concluent en fait que « le préservatif facilite le passage à la pilule : il imprimerait une logique de prévention aux actes sexuels qui conduirait les jeunes à mieux prendre en compte les risques de grossesse non prévue, et donc à adopter plus souvent une méthode médicale de contraception » (Rossier, Leridon et l'équipe Cocon 2004, p. 472). En 1997, un dossier du magazine *Elle* peut ainsi titrer « La pilule super-star ! » et noter : « On pensait que le préservatif avait détrôné la pilule. Faux ! Trente ans après sa légalisation, la pilule est toujours la meilleure amie des 17-24 ans¹⁰⁴. » La diffusion du préservatif encourage même plutôt l'utilisation de la pilule chez les plus jeunes plutôt qu'elle ne la remplace.

La représentation du préservatif est également très liée à la situation conjugale. Les personnes en couple évoquent plus l'aspect contraceptif, les personnes seules valorisent la prévention mais citent majoritairement les deux raisons (pour 59 % des hommes et 50 % des femmes au début des années 1990) lorsqu'il s'agit de définir l'objet (Toulemon et Leridon 1995, p. 2). Le fait d'utiliser ou non une méthode médicale – et donc que l'aspect contraceptif soit déjà pris en compte ou non – peut donc jouer sur la représentation et, plus loin, l'utilisation du préservatif¹⁰⁵. Ainsi, le préservatif se forge une place non

¹⁰² Campagne mentionnée dans l'article de Pascale Krémer, « Le recours à la pilule contraceptive stagne chez les adolescentes », *Le Monde*, 28 mai 1996.

¹⁰³ Marie-Joëlle Gros, « Le petit bond en avant des capotes », *Libération*, 15 mai 1995.

¹⁰⁴ Marie Renaudin et Marie-Pierre Lannelongue, « La pilule super-star ! », *Elle*, novembre 1997.

¹⁰⁵ Les effets peuvent cependant être contradictoires : comme le montre Alfred Spira, les femmes de moins de 30 ans en couple et utilisant une contraception médicalisée, plus susceptibles d'être sensibilisées à la prévention du fait de leur suivi médical, utilisent plus le préservatif. Mais, dans le même temps, le fait de ne pas utiliser de contraception médicale peut également représenter un argument dans l'éventuelle négociation pour l'utilisation de cet objet – c'est en particulier le cas pour les femmes de 30 ans et plus vivant en couple (Spira 1999, p. 266-267).

seulement dans les pratiques de protection, mais également dans les pratiques de contraception – sans pour autant remplacer les contraceptions médicales ni même diminuer leur utilisation.

Qu'il s'agisse des comportements sexuels ou des comportements contraceptifs, la diffusion du préservatif ne paraît pas entraîner immédiatement de conséquences aussi importantes que ce qu'on retenu les représentations qui ont de son arrivée la fin d'une « parenthèse enchantée ».

3 Conclusion

Les représentations de la pilule comme instrument d'une « libération sexuelle » des femmes et du préservatif comme un objet dont l'utilisation aurait profondément altéré la sexualité paraissent en décalage avec les comportements et les pratiques des individus. Et si la diffusion de la pilule va de pair avec une augmentation de la satisfaction des femmes, le rapport entre les deux n'est pas un simple rapport de causalité. Ce que pilule et préservatif ont pour la première permis, pour le second entériné, c'est la responsabilité des femmes sur les dimensions sanitaires de la sexualité.

À partir de la fin des années 1990, les campagnes visant les hétérosexuel·le·s se raréfient progressivement, alors que la mise sur le marché des traitements antirétroviraux en 1996 améliore les conditions de vie des malades du sida. Celui-ci devient moins visible et le discours médiatique se médicalise. Cependant, l'utilisation du préservatif persiste pour les premiers rapports et les rapports occasionnels : le script des « premières fois » fait bien une place au préservatif, symbole d'une incertitude qui (n')a sa place (que) lors d'un premier rapport sexuel avec un·e nouveau ou une nouvelle partenaire. Ce n'est pas sa dimension contraceptive qui légitime son utilisation, même si elle peut parfois représenter une justification à celle-ci – c'est bien plutôt le fait qu'il permet un rapport sans engagement, une entrée à « bas seuil » dans la sexualité.

Finalement, qu'il s'agisse de la dépénalisation de l'IVG (puis de son remboursement à partir de 1982), des craintes concernant les effets secondaires de la pilule (ou du DIU), du « ras-le-bol » à son égard évoqué précédemment, dont on voit qu'il est aussi ancien que la pilule elle-même ou, finalement, de l'épidémie de VIH, rien ne semble avoir affecté véritablement la diffusion de la contraception médicale (Guibert-Lantoine et Leridon 1998, p. 808). Un nouveau « modèle » se met progressivement en place, où le préservatif, utilisé lors des premiers rapports, continue de laisser place à la pilule puis au DIU – et ne s'impose que pour les relations plus occasionnelles. Si de nouveaux contraceptifs font progressivement leur apparition sur le marché à partir des années 2000 (comme l'implant), et si le gouvernement lance précisément, en 2000, une campagne dont le slogan est « La contraception, à vous de choisir la vôtre », les choix contraceptifs restent en fait limités.

Conclusion

Le débat sur la régulation des naissances émerge dans les années 1950 et gagne progressivement en visibilité médiatique. Jusqu'au vote de la loi Neuwirth en décembre 1967 et même ensuite, les débats restent passionnés et portent tant sur des points de morale ou de démographie que sur la manière de réduire les avortements. Alors que les connaissances sur le corps et la sexualité demeurent très réduites, surtout chez les femmes, pour lesquelles c'est leur réputation qui est en jeu, se développe progressivement le besoin d'une contraception qui soit plus efficace que le retrait. L'autorisation par le pape, en 1951, des méthodes de régulation des naissances (Ogino et les températures), peut sembler constituer une solution. Elles apparaissent néanmoins largement inefficaces, du fait de la difficulté à suivre ces méthodes, qui s'adaptent mal aux conditions de vie variées des femmes. Et si d'autres méthodes arrivent progressivement en France, comme le diaphragme, les spermicides et, déjà, la pilule, le fait qu'elles demeurent sous le coup de la loi de 1920 (qui interdit la contraception et la publicité pour celle-ci) rend leur diffusion très difficile. Le seul contraceptif autorisé, le préservatif masculin, souffre pour sa part d'une image largement négative, car il demeure associé à la prostitution. La contraception reste le plus souvent réduite au retrait ou à l'abstinence : elle relève donc d'une responsabilité en grande partie masculine, tandis que les femmes doivent assumer les grossesses non désirées.

Par ailleurs, l'apparition progressive d'un idéal d'harmonie conjugale, dont fait partie la bonne entente sexuelle, rend de plus en plus nécessaire de pouvoir avoir des rapports sexuels plus sereins, et donc plus satisfaisants, tant pour les hommes que pour les femmes. La nécessité d'une sexualité qui ne soit plus dépendante d'un acte prenant place au cœur du script, comme le retrait, mais bien plutôt contraceptée de manière extérieure, se fait donc particulièrement sentir. Contrairement à l'idée commune selon laquelle le plaisir sexuel des femmes aurait été rendu possible par la diffusion de la contraception médicale à partir de la fin des années 1960, c'est plutôt parce que le plaisir était devenu nécessaire depuis la fin du XIX^e siècle qu'est né le besoin de contraception médicale. La légalisation de la pilule, à partir de 1967, n'apparaît donc pas tant comme une « libération sexuelle » pour les individus que comme une opportunité pour les couples déjà constitués. Et si elle devient rapidement une contraception de jeunes filles, c'est néanmoins une image de responsabilité qui s'attache à elle, tandis qu'elle contribue à la médicalisation du corps des femmes.

La contraception médicale, largement attachée au corps des femmes, fait en effet naître une nouvelle forme de charge pour ces dernières, qui se retrouvent seules à pouvoir maîtriser la fécondité – et donc seules responsables en cas de problème. En effet, la France a ceci de particulier que c'est largement autour de la pilule que s'y organise progressivement la contraception – même si le préservatif est utilisé pour les débuts de relations et les rapports occasionnels, et le DIU après que les grossesses désirées aient eu lieu. Les valeurs masculines associées à la pratique du retrait étaient largement positives et valorisables, avec l'idée d'une maîtrise particulièrement virile. Pour les femmes, ce n'est pas de

prouver sa valeur qu'il s'agit désormais, mais bien d'assumer une responsabilité qui va rapidement être considérée comme naturelle. Et, avec l'émergence du VIH, cette responsabilité de la contraception s'étend à celle du préservatif masculin : au fur et à mesure qu'il se banalise, les femmes prennent en charge son utilisation et les modalités de son arrêt.

Troisième partie
Entre responsabilités et réflexivités,
trois scripts qui font le genre

Introduction

Et elle avait une continuelle surprise, comme dérangée dans son sexe ; ça faisait donc des enfants, même lorsqu'on ne voulait plus et qu'on employait ça à d'autres affaires ? [...] Est-ce qu'on n'aurait pas dû disposer de soi à sa fantaisie, sans tant d'histoires ?

Émile Zola, *Nana*, 2002 [1880], p. 279.

La sexualité à l'ère de la contraception médicalisée ne se laisse pas réduire à une forme unique. Pour autant, en France, la plupart des utilisations contraceptives s'inscrivent dans un schéma caractéristique, qui voit se succéder l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle et pour les débuts de relations ou les relations éphémères, celle de la pilule lorsque la relation se stabilise et, enfin, celle du DIU après le nombre souhaité d'enfants atteint (Bajos, Ferrand et l'équipe Giné (dir.) 2002). Malgré des remises en question récentes (Bajos et al. 2014 ; Rahib, Le Guen et Lydié 2017), la contraception relève donc désormais très largement du domaine médical et d'une responsabilité féminine. Le préservatif masculin est cependant utilisé au cours de la vie sexuelle par la quasi-totalité des hommes et des femmes, tandis que la défiance envers « les hormones » offre une publicité nouvelle aux méthodes de détermination de la période fertile – qui demeurent néanmoins très minoritaires. On peut distinguer dès lors trois groupes de méthodes : les méthodes impliquant un suivi médical (méthodes hormonales et DIU) ; les méthodes « barrières », qui prennent place au cœur du script sexuel ; et enfin les méthodes « alternatives », que sont le retrait et les méthodes d'auto-observation, naguère considérées comme « traditionnelles ».

Ces trois groupes de méthodes ont une dimension technique : soit parce que des objets et/ou des hormones sont impliquées, soit parce qu'elles *sont* une technique à apprendre. Or, la technique n'est pas neutre, mais « une manière parmi d'autres d'ordonner le monde, c'est-à-dire de contribuer à le façonner mais aussi à le “mettre en ordre” au sens strict » (Gardey et Chabaud-Rychter 2002, p. 15). C'est en particulier en ce qui concerne le genre et la sexualité que l'on peut mettre en évidence cet effet des objets techniques et des techniques contraceptives. Tout en reflétant des rapports de pouvoir genrés, la contraception, par ses effets sur le corps, les émotions et les scripts sexuels, contribue en effet à ce que les individus « fassent le genre » dans l'interaction sexuelle (West et Zimmerman 2009 [1987]) et renforce ainsi l'« ordre du genre » (Clair 2008). Mais l'articulation entre contraception, sexualité et genre varie selon les types de méthodes et les scripts particuliers qui découlent de leur utilisation. Ces techniques engendrent par ailleurs des formes particulières de réflexivité sur la sexualité : avoir un dispositif médical *en soi*, une barrière extérieure à *soi* ou pratiquer l'observation *de soi* sont trois modalités qui créent des rapports différents à la sexualité, celle-ci pouvant être invisibilisée ou au contraire mise au centre du dispositif contraceptif.

C'est par l'étude d'« Une contraception médicalisée, féminisée et déssexualisée » que débute cette partie, avec le chapitre 6, qui s'intéresse aux contraceptions majoritaires – les méthodes hormonales et le DIU. Il revient sur la manière dont leur encadrement médical a participé d'une invisibilisation du lien entre sexualité et contraception et d'une responsabilisation des femmes, sommées de performer leur genre tant dans la sexualité qu'en dehors. Le discours sur les « effets secondaires » de ces dispositifs médicaux, portés *en soi* par les femmes, permet néanmoins à la fois de donner à voir la sexualité, de mener une réflexion sur ce qu'est un corps « naturel » et de mettre au jour la forme de réflexivité qui s'articule avec ces contraceptifs.

Le chapitre 7 se concentre ensuite sur les méthodes barrières, extérieures *à soi*, qu'elles s'appliquent au corps des femmes ou à celui des hommes. Dans les deux cas, le genre de la responsabilité est interrogé, pour examiner si la naturalisation de sa féminisation peut être discutée. L'irruption d'un objet extérieur au script sexuel considéré comme normal met aussi en évidence l'aspect figé de celui-ci, de même que l'importance qu'y tiennent les rôles de genre et la masculinité. Ce sont ainsi tant les manières de faire le genre que l'idée d'une sexualité « naturelle » qui sont en jeu avec « Les méthodes barrières : perturbation du script ordinaire et réflexivité obligatoire » apparaissent en effet au premier plan.

Si les méthodes reposant sur l'analyse et l'observation *de soi* – le retrait et les méthodes d'auto-observation – sont très minoritaires, analyser leur utilisation permet de mettre en perspective les autres moyens de contraception et de dénaturiser le script ordinaire de la sexualité contraceptée par les méthodes médicales. Le chapitre 8 vise donc à « Étudier les pratiques contraceptives alternatives pour repenser la sexualité “naturelle” ». Se centrer sur l'utilisation de ces pratiques amène alors à dévoiler la manière dont elles amplifient la réflexivité sur la sexualité, tout en permettant de nuancer, voire de contredire, le discours selon lequel elles contribueraient à mieux répartir entre hommes et femmes la charge contraceptive.

Chapitre 6. Une contraception médicalisée, féminisée et déssexualisée

En France, la diffusion de la contraception s'est appuyée sur l'institution médicale et, plus particulièrement, sur les médecins gynécologues. C'est également le cas de l'autorisation de l'avortement, la loi Veil ayant en fait réglementé celui-ci pour ne le rendre possible que sous contrôle médical, contrairement à ce que revendiquaient certains mouvements féministes dans les années 1970 et 1980 (Ruault 2017). La construction d'un système « pilulo-centré¹ » est ainsi à comprendre dans un cadre historique et législatif précis, en tenant compte du rôle de l'État et des mobilisations professionnelles qui l'ont encouragée. Revendiquer une contraception médicalisée peut en effet être une manière de se donner une légitimité en tant que groupe professionnel, comme cela a été le cas en France pour les gynécologues médicaux². Aujourd'hui, on peut décrire la situation qui en résulte comme un « modèle contraceptif français » s'inscrivant dans une « norme contraceptive » impliquant une double modalité :

Le devoir de se contracepter si l'on ne veut pas d'enfant (dissocier sexualité et procréation) et la nécessité d'adapter sa contraception au moment du cycle de vie (préservatif pour les relations débutantes ou occasionnelles, pilule quand le couple se stabilise, stérilet quand la famille est constituée). (Bajos et Ferrand 2006, p. 91)

Si ce n'est en début de vie sexuelle³, ce parcours est donc entièrement médicalisé (pilule et DIU nécessitent de consulter un·e professionnel·le de santé). Il s'appuie sur et reflète un parcours conjugal et sexuel particulier, qui implique une période de « jeunesse sexuelle » puis une mise en couple monogame procréatif. Ainsi, ce modèle contraceptif a une dimension normative – et le fait d'avoir des pratiques sexuelles ou conjugales qui s'éloignent de la norme amène des interrogations en ce qui concerne la gestion de la fécondité.

Le modèle contraceptif français tel qu'il existe actuellement est tributaire à la fois de la diffusion de la pilule contraceptive puis du DIU (et de leur association progressive à certains âges de la vie) et de celle du préservatif masculin dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida à partir de la fin des années 1980. Si l'étude de la mise en place de la norme contraceptive a permis de commencer à le

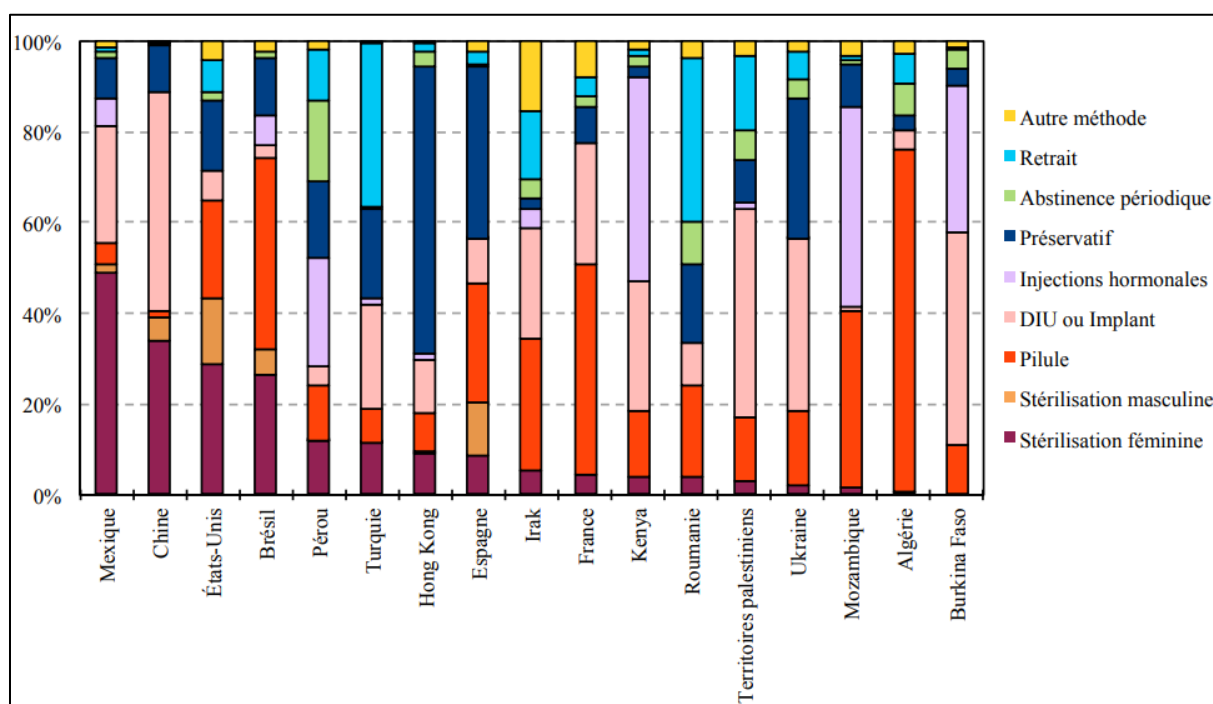
¹ Voir la thèse en cours d'Alexandra Roux : « La diffusion de la pilule contraceptive en France : socio-histoire d'une évidence » (titre provisoire).

² Voir la thèse en cours d'Aurore Koechlin : « Les mobilisations professionnelles et politiques autour d'une spécialité de la santé des femmes, la gynécologie médicale » (titre provisoire).

³ Depuis le 10 décembre 2018, une marque de préservatifs masculins est également prescriptible sur ordonnance et en partie remboursable (à hauteur de 60 % du prix de vente). Néanmoins, il faut faire les démarches auprès d'un·e soignant·e pour se les faire prescrire et avoir accès à cette marque précise (EDEN, qui n'est disponible que dans certaines pharmacies). Par ailleurs, ces préservatifs sont déjà largement moins chers que ceux des marques les plus diffusées et les plus utilisées (2,60 euros les douze, contre par exemple environ 8 euros pour l'entrée de gamme de Durex, les « Classic Jeans »). Le remboursement perd donc de son intérêt dans la mesure où le prix est déjà très réduit – et où persistent les problèmes de l'accessibilité et de l'absence de choix parmi différents modèles (voir *infra*).

dénaturaliser, il faut aussi souligner qu'elle est très particulière à la France. Des enquêtes récentes montrent par exemple l'importance des contraceptions définitives, féminines au Brésil (Da Silva Cabral 2014), au Mexique et plus généralement en Amérique latine (Cosio-Zavala 2006, p. 107 et suivantes), mais également masculines, en Grande-Bretagne (Ventola 2017) ou encore au Canada (Charton 2014) ; l'absence d'évidence du passage à la pilule en Russie (Claro 2018) ; ou encore la persistance de l'utilisation du préservatif dans les couples au Japon (Hayashi 1999 ; Lévy 2016). Une comparaison internationale permet de réaliser la diversité des pratiques contraceptives dans le monde :

Graphique 3. Usages contraceptifs dans différents pays du monde (vers 2010⁴)



Champ : Femmes de 15 ans et plus mariées ou en union cohabitante utilisant une méthode de contraception. Les différents pays présentés ici ont été choisis dans un souci de montrer la diversité des modèles contraceptifs, tout en s'assurant de la comparabilité des données (situation conjugale des femmes, âge, somme des usages contraceptifs égal à 100 %).

Source : Nations Unies, World contraceptive use 2017.

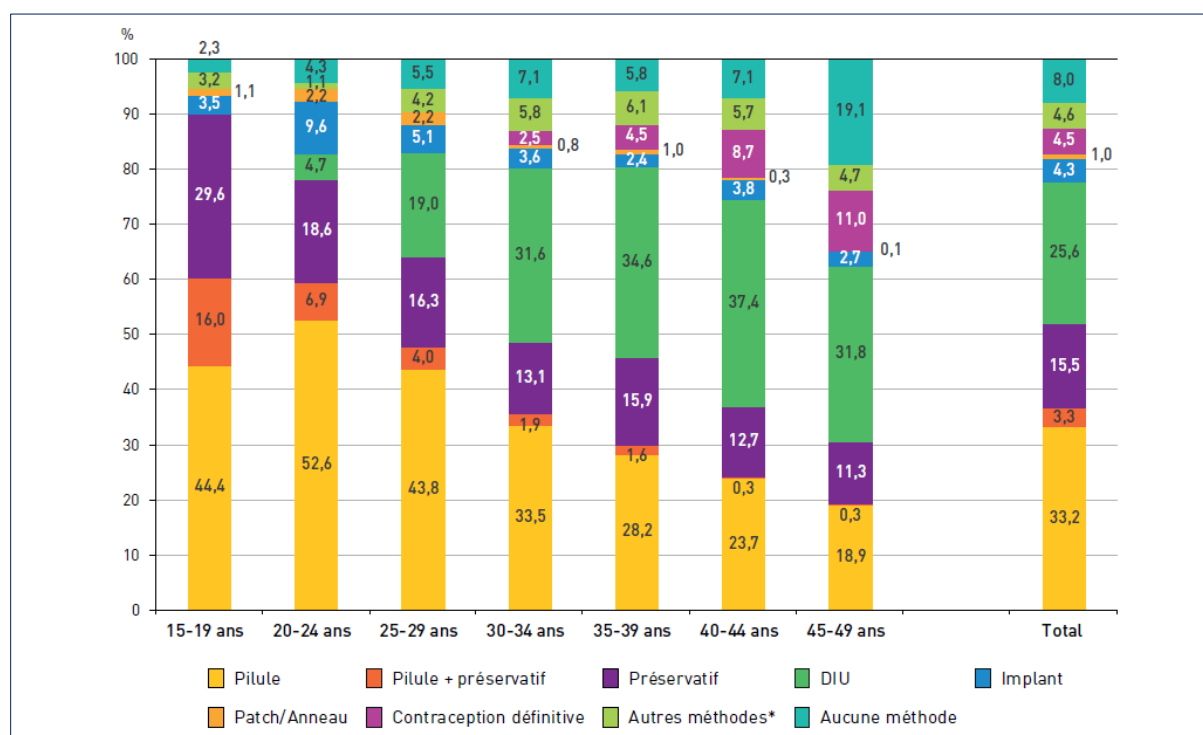
La France est donc caractérisée par le recours à la pilule, tandis que l'usage de la stérilisation y demeure très limité, voire inexistant, pour les hommes. Si le recours à la pilule diminue lentement depuis le début des années 2000, jusqu'au début des années 2010 le modèle français apparaît comme « peu flexible » (Bajos et al. 2012, p. 3), ne se modifiant qu'à la marge. Cette norme contraceptive se donne à voir dans les récits de la quasi-totalité des enquêtées, soit parce qu'elles la respectent ou l'ont respectée, soit parce qu'elles se situent par rapport à elle⁵.

⁴ Le Guen et al. 2017, p. 2.

⁵ Les périodes de flottement et les accrocs des parcours contraceptifs sont rarement renseignés au niveau statistique, les femmes ayant tendance à ne rapporter que l'utilisation des méthodes médicales (Sardon 1986) – d'autant plus dans les questionnaires rétrospectifs, où les périodes sans contraception ou même juste sans contraception médicale disparaissent souvent (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002).

Néanmoins, ce modèle français connaît depuis le début des années 2010 des recompositions qu'il ne faut pas négliger. En effet, en 2012-2013 a éclaté en France un scandale sanitaire et médiatique rapidement rebaptisé « crise de la pilule » par les médias. Suite à la médiatisation de la plainte déposée fin 2012 par une jeune utilisatrice d'une pilule de troisième génération ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral aux conséquences graves, la question des risques de thrombose veineuse profonde due à (ou du moins favorisée par) l'utilisation de pilules œstroprogestatives de troisième et quatrième génération s'est fait une place dans le débat public (sur le sujet, voir Rouzaud-Cornabas 2019). En mars 2013, le ministère de la Santé a mis fin au remboursement de ces contraceptifs. Cet événement médiatique semble avoir enclenché une reconfiguration progressive du paysage contraceptif français en permettant une légère augmentation de la diversité des pratiques (Bajos et al. 2014). Ainsi, « le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013 » (*Ibid.*, p. 1). Plus récemment, les chiffres du Baromètre santé de 2016 (Rahib, Le Guen et Lydié 2017) mettent en évidence une nouvelle baisse du recours à la pilule entre 2013 et 2016, la contraception orale restant toutefois la méthode la plus utilisée en France avec 36,5 % d'utilisatrices, mais des différences toujours très importantes selon l'âge, le maximum étant enregistré pour les 15-19 ans (60,4 % d'utilisatrices) :

Graphique 4. Méthodes de contraception utilisées en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge⁶



* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France.

⁶ Rahib, Le Guen et Lydié 2017, p. 3.

Ce graphique permet de mettre en évidence la centralité de l'âge dans la pratique contraceptive. Derrière celui-ci, c'est bien la position dans le cycle de vie – et en particulier dans la conjugalité – qui se donne en fait à voir, car elle reste centrale dans la prescription contraceptive en France (Ruault 2015). Cette place conditionne également les recompositions du modèle : ainsi, les 15-19 ans ayant cessé d'utiliser des pilules de troisième et quatrième générations ont plutôt adopté des pilules de deuxième génération, quand pour les 25-29 ans dans la même situation c'est le préservatif et le DIU (même quand elles n'ont pas d'enfant) qui semblent avoir emporté la mise, toute méthode hormonale et/ou nécessitant un suivi médical régulier étant mise de côté (Bajos et al. 2014, p. 2).

Mais les recompositions du modèle contraceptif français sont également sensibles à d'autres déterminants sociaux, et en particulier au niveau de diplôme. Parmi les femmes sans aucun diplôme, c'est plutôt au profit de méthodes moins efficaces que les pilules récentes ont été arrêtées (méthode Ogino, retrait), tandis que celles qui avaient un CAP ou un BEP privilégiaient le préservatif et les plus diplômées le DIU. De même, si on s'intéresse à la situation financière, on voit que celles qui n'ont pas de problème particulier en la matière ont privilégié un retour aux pilules de générations plus anciennes, tandis qu'une partie de celles en difficulté financière optait pour des « méthodes naturelles » (Bajos et al. 2014, p. 2). Ainsi, dans l'étude du modèle contraceptif français et de son lien avec les parcours conjugaux et sexuels, c'est également la question de ses recompositions socialement différenciées qu'il faut traiter.

Les femmes ne sont pas les seules concernées par ces parcours contraceptifs : même s'ils demeurent encore souvent peu étudiés, les usages des hommes s'inscrivent également dans le modèle contraceptif français. Ainsi, une analyse récente a montré qu'en France, en 2010, environ les trois quarts des hommes (72 %) se reposaient sur une méthode dépendant de leur partenaire, seuls 20 % d'entre eux utilisant une méthode coopérative (préservatif, retrait, méthode d'auto-observation, etc.), 5 % s'appuyant sur les deux types de méthode à la fois tandis que 3 % n'utilisent pas de méthode de contraception (Le Guen et al. 2015, p. 48). Par ailleurs, ce sont principalement les plus jeunes qui utilisent des méthodes coopératives, le taux passant de 20 % des hommes de 18-19 ans à moins de 2 % pour ceux entre 30 et 49 ans (*Ibid.*). Cela reflète en particulier le fait que le préservatif masculin reste majoritairement une contraception de débuts de relations ou de relations occasionnelles. Tout cela construit une responsabilité féminine et une centralité des parcours des femmes dans la relation à la contraception, qui se donne à voir dans le fait qu'il est difficile d'en faire parler les hommes (voir chapitre 2).

Dans le cadre d'une contraception médicalisée, comment se construit et se perpétue alors la responsabilité contraceptive féminine ? Et comment s'articule-t-elle avec des représentations situées de la sexualité ? Pour le comprendre, il faut d'abord dessiner un panorama des méthodes de contraception considérées comme légitimes, des représentations qui y sont associées, mais également des modalités pratiques d'utilisation qu'elles impliquent. En particulier, saisir la prise en compte de la sexualité dans

la prescription puis dans l'utilisation de ces méthodes est crucial. Un point sur l'encadrement médical de la contraception et sur le travail contraceptif que cela implique pour les femmes apparaît également nécessaire pour pouvoir ensuite montrer que cette responsabilité féminine se construit au sein de rapports genrés qui invisibilisent la sexualité. L'étude des « effets indésirables » de ces méthodes médicales permet ensuite de mettre au jour une résurgence de la sexualité – une sexualité perturbée par une contraception qui devrait rester invisible –, là où elle était sinon largement mise de côté, ainsi que l'apparition d'une réflexivité « médicalisée » sur le sujet.

1 Entre encadrement médical et responsabilisation des femmes, une invisibilisation de la sexualité

Contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays⁷, la planification est la norme en France. Cela est dû d'une part à la large diffusion des méthodes médicales, et d'autre part au fait que l'avortement y est autorisé – même s'il demeure, pour les femmes qui y ont recours, susceptible de produire une stigmatisation (Mathieu et Ruault 2015). Les comportements contemporains en matière de contraception ont ainsi comme caractéristique leur permanence. La majorité des rapports sexuels sont protégés et donc décorrélés de la possibilité d'une grossesse : de régimes de « fécondité naturelle⁸ » ou de « fécondité dirigée », qui ont pu prévaloir, on est donc aujourd'hui dans un « régime d'infécondabilité » (Régnier-Loilier 2007, p. 36). Quelles sont ses caractéristiques ?

1.1 Prescription contraceptive et sexualité

Le « régime d'infécondabilité », largement naturalisé, n'en demeure pas moins tributaire d'institutions médicales qui le permettent ou non, la majorité des méthodes étant soumises à la prescription par un-e professionnel-le de santé. Or, cette prescription ne se fait pas, ou du moins pas uniquement, en fonction des demandes des femmes ou des couples, mais également suivant des critères d'efficacité contraceptive dans le calcul duquel la sexualité est largement laissée de côté. Elle se fait également en suivant une vision normative des parcours de vie féminins, qui laisse de côté l'expérience sexuelle.

1.1.1 L'effacement de la sexualité dans la mesure scientifique de l'efficacité contraceptive

C'est généralement par ce que l'on appelle « indice de Pearl » – d'après le biologiste américain Raymond Pearl, qui l'a proposé au début des années 1930 – qu'est mesurée l'efficacité d'une méthode contraceptive. On le définit comme la mesure du nombre de femmes constatant une grossesse alors qu'elles utilisaient une contraception donnée pendant une période d'un an. Seule une utilisation optimale

⁷ Pour la génération postsoviétique dans la Russie contemporaine, Mona Claro souligne ainsi l'importance prise par le registre de « l'erreur acceptée » (suite à un échec contraceptif), qui concurrence celui du « projet sous condition » lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une grossesse (Claro 2018).

⁸ Pour une critique du terme, voir Paola Tabet (1985).

de la technique employée est néanmoins prise en compte dans cet indice, ce qui amène généralement à dissocier efficacité *théorique* (obtenue lorsque l'utilisation de la méthode est parfaite) et efficacité *pratique*, à savoir celle « en situation », qui tient compte des difficultés d'utilisation ou d'observance d'une méthode (oubli de pilule, mauvaise pose du préservatif, etc.). Cette distinction entre les deux types d'efficacité apparaît dans les années 1990, et contribue à déplacer l'attention des pouvoirs publics des barrières socio-économiques aux déterminants individuels de l'utilisation de contraceptifs, en passant d'une logique de couverture contraceptive à une logique d'observance : il ne faut plus seulement que le plus de femmes possible aient une contraception médicale, mais également qu'elles la prennent correctement (Kammen et Oudshoorn 2002). On la retrouve par exemple sur le site mis en ligne par Santé publique France pour informer sur la contraception, où pour plus de lisibilité c'est l'efficacité (le nombre de femmes *qui n'ont pas* constaté de grossesse) qui est indiquée plutôt que l'indice de Pearl (le nombre de femmes *qui ont* constaté une grossesse) :








	EFFICACITÉ PRATIQUE %	EFFICACITÉ THÉORIQUE %	PROTÈGE CONTRE LES IST	PAS DE POSE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ	PAS DE MANIPULATION DURANT LE RAPPORT	SANS HORMONES	A UTILISER...	PRIX (EUROS)
 DIU AU CUIVRE	99.2	99.4					1 fois tous les 4 à 10 ans	30,50
 CONTRACEPTIFS INJECTABLES	94	99.7					1 fois tous les 3 mois	3,4
 ANNEAU VAGINAL	92	99.7					1 fois par mois	16
 PATCH	91	99.7					1 fois par semaine	13
 PILULE	91	99.7					Tous les jours	1,28 à 1,6
 DIAPHRAGME	88	94					Chaque rapport	61
 PRÉSERVATIF MASCULIN	85	98					Chaque rapport	0,54

Figure 3. Extrait du « Tableau comparatif des moyens de contraception⁹ »

⁹ Source : https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm, consulté le 8 mars 2019. Le tableau représente les méthodes suivantes : implant, stérilisation masculine, DIU hormonal, stérilisation féminine, DIU au cuivre, contraceptifs injectables, anneau vaginal, patch, pilule, diaphragme, préservatif masculin, cape cervicale, préservatif féminin, retrait, abstinence périodique, spermicides.

On remarque à la lecture de ce document que les efficacités pratiques et théoriques constituent les premières colonnes du tableau, l'utilisation de chiffres servant à assurer la scientificité des méthodes et à soutenir leur promotion (Desrosières 1993).

Or ces indices calculés scientifiquement restent l'objet de controverses. D'abord, l'âge joue sur l'efficacité des méthodes. Cela s'explique par la diminution de la fertilité, mais également par le déclin du nombre de rapports sexuels que l'on observe avec, d'une part, l'avancée en âge et, d'autre part, l'augmentation de la durée de la relation conjugale (Trussell 2009, p. 205). Or la fréquence des rapports sexuels est rarement prise en compte dans le calcul de l'indice de Pearl. Un article de 2013 s'interroge ainsi sur l'augmentation paradoxale de cet indice pour certaines nouvelles pilules (qui seraient donc moins efficaces). Cette augmentation s'explique par le fait que les grossesses sont plus facilement détectées par les tests actuels (même celles qui se terminent très rapidement par des fausses couches) et que les populations choisies pour ces tests sont moins « dociles » dans leur observance que celles qui l'étaient par le passé. Mais l'étude insiste aussi sur la nécessité de prendre en compte la sexualité :

Parmi les femmes utilisant une méthode contraceptive de manière correcte et avec constance, la fréquence des rapports sexuels est la caractéristique qui détermine le plus le risque de grossesse ; et cette fréquence n'est généralement pas prise en compte dans la mise en place d'un essai clinique¹⁰. (Trussell et Portman 2013, p. 607)

La fréquence des rapports sexuels est centrale pour déterminer l'efficacité d'une méthode, et donc savoir laquelle serait, dans la pratique, la plus adaptée à une femme. Une recherche ancienne, qui est l'une des rares à s'intéresser au sujet – dans le cadre d'une étude sur le diaphragme, comparant son efficacité et celle de l'éponge vaginale –, montre ainsi qu'au bout d'un an, le taux de grossesse des utilisatrices ayant quatre rapports ou plus par semaine est deux fois plus élevé que celui de celles qui ont eu moins de quatre rapports par semaine (McIntyre et Higgins 1986). L'absence de prise en compte de la fréquence des rapports sexuels est donc un aspect problématique de l'indice de Pearl.

L'homogénéisation de l'efficacité contraceptive, au détriment de la prise en compte de la sexualité elle-même – tant en termes de nombres de rapports que de place des femmes dans les parcours sexuels – conduit à uniformiser les critères de choix des contraceptifs. L'efficacité d'une méthode ne doit pas être réifiée, mais au contraire remise en perspective en se rappelant que la contraception s'inscrit dans le cadre de la sexualité. Mais cette invisibilisation de la sexualité peut également avoir lieu lors de la prescription contraceptive elle-même.

1.1.2 Une prescription médicale normative

L'apprentissage d'informations sur la contraception est un processus qui commence généralement à l'adolescence, tant via l'école, même si les limites de l'éducation à la sexualité sont

¹⁰ “Among women who use a contraceptive method correctly and consistently, the frequency of intercourse is the subject characteristic that is the greatest determinant of the risk of pregnancy, and this frequency is not usually determined in a clinical trial setting.”

nombreuses (Gelly 2013 ; Le Mat 2018) que, pour les femmes, à travers les conseils de leur mère (Amsellem-Mainguy 2006) ou bien dans les discussions avec les groupes de pairs (Moulin 2005, chap. 3). Les garçons sont moins susceptibles d'avoir ce type de voies d'apprentissage, et Cécile Ventola montre même qu'au fil des générations, « la diffusion d'informations sur la contraception au sein des familles est de plus en plus sexuellement différenciée » (2017a, p. 55). Le personnel médical représente également une source importante d'information sur la contraception. Néanmoins, le fait de ne pas avoir à diagnostiquer et à soigner, mais principalement à conseiller et à prescrire, fait qu'« en matière de contraception, les médecins se situent donc dans une posture professionnelle inhabituelle » (Roux, Ventola et Bajos 2017, p. 44 ; à partir de Gelly 2006). Les autres conseils peuvent alors renforcer ceux du/de la médecin – ou bien les contredire.

Dans certains domaines médicaux, l'aspect éthique de ce qui concerne la procréation apparaît de manière claire et peut amener les médecins à douter du bien-fondé de leur autorité décisionnelle, faisant apparaître des « zones d'autorisation incertaine », par exemple dans le cas de fœtus présentant des anomalies, ou de naissances très prématurées (Paillet 2002). Néanmoins, en matière de contraception, la dimension normative semble, encore aujourd'hui, empêcher la majorité des débats concernant les modalités de prescription. La plupart des femmes s'inscrivent dans le modèle préservatif-pilule-DIU, modèle qui dépend largement de leur âge et de leur relation avec le/la praticien-ne de santé. Sortir de ce modèle qui correspond au « devoir contraceptif », c'est en effet prendre le risque d'être qualifiée de déviante (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002, p. 35).

C'est ainsi une « norme de la “bonne méthode au bon moment” » (*Ibid.*, p. 36) qui se met en place, et comme le souligne Lucile Ruault, « la correspondance d'un contraceptif propre à chaque âge de *femme* s'adosse aux représentations stéréotypées de temps de vie *féminins*, que les gynécologues relaient » (2015, p. 45). Ces temps de vie féminins correspondent à un « itinéraire sexuel normatif de la classe des femmes » (*Ibid.*, p. 47) au sein duquel les praticien-ne-s de santé apparaissent comme les garant-e-s de la sexualité nécessairement excessive des jeunes femmes, alors que cette surveillance peut être relâchée avec les trentenaires, réputées avoir acquis « un cadre conjugal “stable” et une sexualité relationnelle, paisible, morale » (*Ibid.*). Le fait que la sexualité soit rarement abordée dans l'entretien gynécologique, si ce n'est chez les plus jeunes (Guyard 2010), accentue le décalage entre les représentations des professionnel-le-s de santé quant à la sexualité de leurs patientes et les pratiques effectives de celles-ci. On assiste à une quasi invisibilisation de la sexualité dans la prescription contraceptive, qui découle de sa normalisation par les soignant-e-s : la prescription se fait à partir de la représentation de ce qu'est la sexualité « normale » en fonction de l'âge de la patiente. On constate en particulier ce que l'on peut qualifier avec Jenny Higgins de « déficit » (2007) dans la prise en compte du plaisir, les méthodes qui interfèrent directement avec l'acte sexuel étant cantonnées à un certain âge (le préservatif) ou érudées (le retrait).

Or les parcours sexuels et conjugaux féminins sont plus divers que les représentations médicales qui en sont faites, ce qui peut mener à une utilisation moins efficace de la contraception. Ainsi, prescrire une pilule à une femme qui n'a de rapports sexuels qu'occasionnellement peut conduire à une utilisation aléatoire de celle-ci et, donc, à un risque de grossesse non désirée (Bajos, Ferrand et Hassoun 2002, p. 47). La question de la place imputée dans le parcours de vie – et surtout de ce que cela implique en termes de sexualité – est donc centrale dans la représentation de la contraception tout comme dans son utilisation effective. C'est d'ailleurs également le cas concernant l'avortement, la maternité étant réduite dans les représentations médicales à une temporalité spécifique (Donati, Cèbe et Bajos 2002 ; voir également Dupuy et Roux 2018). La rigidité du « modèle français » en matière d'âge et de représentations de la sexualité qui y sont liées conduit ainsi les professionnel·le·s de santé à, d'une part, ne pas voir celles qui ne correspondent pas à cette norme et, d'autre part, à ne pas tenir compte des différences sociales existant entre elles et susceptibles d'influencer les choix contraceptifs.

Les choix des femmes en matière de contraception médicale sont limités par les représentations des soignant·e·s. Plusieurs enquêtées ont été confrontées à des refus de contraception, comme Alicia¹¹, qui voudrait une autre contraception que la pilule car « avec un enfant en bas-âge notamment c'est pas facile d'y penser tous les jours », mais à qui le DIU a été refusé par son gynécologue (sous prétexte d'un « utérus petit ») puis par sa sage-femme, car son conjoint et elle souhaitent un nouvel enfant prochainement et que « ça sert à rien de poser un stérilet si c'est pour l'enlever dans deux ans ». En France, le DIU reste en effet peu prescrit aux femmes nullipares, alors même que rien ne déconseille une telle prescription (Moreau et al. 2014). C'est aussi le cas pour les jeunes femmes qui désirent se faire stériliser, comme en témoigne Jeanne¹², 26 ans :

Jeanne : J'ai jamais voulu d'enfant, j'envisage de me faire stériliser, j'ai demandé à pas mal de gynécos, personne n'a voulu envisager cette opération à mon âge. On m'a dit « Attendez trente ans, vous trouverez peut-être un chirurgien », donc bon... J'ai ce vague espoir au loin. Mais en général les réponses sont assez tranchées (sourire). Et pas toujours exprimées de manière très subtile.

Enquêtrice : C'est-à-dire ? Tu as eu quoi comme expérience ?

Jeanne : Bah en général le choix est pas trop accepté en fait. Et pas trop compris... [...] On sent bien la position du médecin, qui parce qu'il a eu d'autres patients avant, pense que le choix n'est pas raisonnable, ou va changer, voilà. Et c'est pas très agréable de se voir répliquer « Vous allez changer d'avis », alors qu'une femme qui veut un enfant on va jamais lui dire ça.

Jeanne ressent une forme d'infantilisation de la part des médecins, qui ne peuvent imaginer que son choix soit réfléchi et définitif – et jongle donc entre auto-observation, retrait et préservatifs pour éviter une grossesse (elle ne veut ni méthodes hormonales, ni DIU au cuivre). On peut noter d'ailleurs que même chez des femmes plus âgées, la contraception définitive peut demeurer problématique : ainsi

¹¹ Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

¹² Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

Béatrice¹³ a dû attendre ses 43 ans pour avoir accès à la ligature des trompes, alors qu'elle en avait émis le souhait dès l'âge de 40 ans :

Enquêtrice : Et justement, vous avez pas eu de mal à vous faire prescrire la ligature des trompes, avec les médecins ça s'est bien passé ?

Béatrice : Non, j'en avais déjà parlé au docteur N., je crois que j'avais 40 ans, il était pas très pour. Parce qu'il m'avait dit que j'étais jeune, il m'avait dit « Vous savez, vous savez pas ce qui peut vous arriver dans la vie, si jamais vous divorcez... » Ou si jamais je rencontre quelqu'un qui veuille des enfants, j'aurais pu en vouloir un moi aussi. Donc il m'a dit « Vous êtes assez jeune pour le faire ». Donc j'ai attendu un petit peu, et pour mes 43 ans je l'ai fait faire.

Cet extrait d'entretien témoigne à la fois d'une vision très normée de la méthode correspondant à chaque femme par le médecin, mais également d'une injonction à refaire famille en cas de séparation, alors même que Béatrice a déjà signalé au médecin qu'elle ne comptait plus avoir d'enfants¹⁴. À 43 ans, Béatrice apparaît finalement assez âgée pour être légitime à ne plus vouloir d'enfant. Comme le montre le travail de Cécile Charlap, c'est aux alentours de cet âge que se situe en effet la « ménopause sociale » par laquelle les femmes deviennent « socialement stériles » avant même qu'advienne la ménopause physiologique¹⁵ (Charlap 2019, p. 90). Des considérations éloignées de la prise en compte des préférences, des conditions de vie et de la sexualité des patientes peuvent ainsi présider à la détermination de la contraception. Et en effet, l'étude statistique des pratiques de médecins généralistes et de gynécologues montre que ce n'est pas toujours la détermination de la méthode la plus adaptée à chaque patiente qui prévaut :

Quelle que soit la spécialité et quel que soit le sexe du médecin, le fait d'avoir personnellement utilisé une méthode conduit à la recommander davantage. La probabilité de recommander une méthode plutôt que de ne pas le faire est en effet 2 à 5 fois plus grande lorsque le médecin (ou sa partenaire) a déjà expérimenté la méthode, et ce, non pas seulement dans le cas des méthodes les moins utilisées (anneau, implant ou spermicides), mais aussi pour les méthodes les plus connues et les plus utilisées par les praticiens (pilules de 2^e et 3^e générations, DIU au cuivre, préservatif masculin). (Roux, Ventola et Bajos 2017, p. 61)

Les femmes sont donc confrontées à des médecins qui souvent leur proposent des choix limités. Danièle¹⁶ m'explique qu'après sa première grossesse, un DIU au cuivre lui a été proposé parce qu'elle trouvait la pilule trop contraignante et qu'elle fumait ; malgré les « chutes du Niagara » qu'étaient devenues ses règles, elle l'a gardé cinq ans, avant une seconde grossesse et la pose d'un DIU hormonal, qui a résolu son problème de règles trop abondantes. Ce sont les grossesses qui déterminent les possibilités de changer de contraception plutôt que le confort de la femme ou même que les risques

¹³ Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

¹⁴ Sur le lien entre stérilisation et image normative de la famille, voir l'éclairante comparaison entre la France et le Québec que fait Laurence Charton (2014).

¹⁵ Manon Vialle souligne également que pour l'assistance médicale à la procréation, « la limite administrative de 43 ans maximum [est] imposée aux femmes par la Sécurité sociale (alors que l'âge moyen à la ménopause est de 51 ans) » (Vialle 2014, p. 3).

¹⁶ Assistante commerciale au chômage, 56 ans, mariée, deux enfants.

encourus, par exemple du fait du tabagisme. De son côté, Véronique¹⁷, malgré les « frayeurs » qu'elle s'est parfois faites en oubliant la pilule, a dû attendre ses 40 ans pour se faire poser un stérilet hormonal : « n'ayant pas eu d'enfants, les gynécologues ne m'avaient jamais proposé de stérilet », constate-t-elle. C'est seulement parce qu'elle avait des problèmes de règles hémorragiques que cette méthode lui a finalement été présentée. Tout se passe comme si la dissociation promise par la contraception entre la sexualité et la *reproduction* se faisait également, pour les soignant-e-s, entre la sexualité et la *contraception* elle-même.

Ainsi, qu'il s'agisse d'analyser la détermination scientifique de l'efficacité contraceptive ou bien la détermination médicale de la méthode contraceptive la plus appropriée, on voit que l'absence de prise en compte de la sexualité ou bien sa prise en compte de manière normative concourent à dissocier les pratiques contraceptives des pratiques sexuelles. Ces limites expliquent le recours par certaines femmes à d'autres sources de savoir que les professionnel-le-s de santé pour faire leur choix de contraception.

1.2 Travail contraceptif des femmes et résurgence de la sexualité ?

La gestion de la contraception par les femmes diffère de celle des hommes (que pouvait représenter le retrait) par son encadrement médical. Or cet encadrement implique des actes divers, souvent distincts de l'acte sexuel. Parmi ces actes, on peut penser selon les méthodes au fait de prendre rendez-vous chez un-e professionnel-le-s de santé, d'aller au rendez-vous, de choisir une méthode, de l'acheter en pharmacie, de l'utiliser au quotidien, de se renseigner pour en changer en cas d'effets indésirables éventuels, etc. Deux dimensions sont centrales dans ce travail contraceptif : le travail cognitif d'une part, pour déterminer quelle contraception utiliser, et le travail logistique d'autre part, avec la charge matérielle et mentale qu'il peut impliquer. Dans chaque cas, la contraception s'articule au genre, mais également à la sexualité.

1.2.1 Les modalités du choix contraceptif : la place de la sexualité dans le travail cognitif

L'enquête Fecond 2013 permet de mettre en évidence les modalités du choix de la méthode contraceptive, et la place qu'occupe le/la médecin dans celui-ci :

¹⁷ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

Tableau 10. Modalités du choix des méthodes de contraception selon la PCS¹⁸ des femmes (en %)

	Fait confiance au/à la médecin pour choisir	Le/la médecin présente les méthodes puis elle fait le choix	Choix seule, sans les conseils d'un-e médecin	Total
Artisan, commerçante, cheffe d'entreprise	35	45	20	100
Cadre, professeure, en libéral	30	50	20	100
Profession intermédiaire, technicienne	28	48	24	100
Employée	44	39	17	100
Ouvrière	59	31	10	100
Ensemble	41	41	18	100

Champ : femmes de 15 à 49 ans non ménopausées, non stériles et ayant déjà eu une relation sexuelle.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

Pour la grande majorité des femmes interrogées, le choix d'une méthode de contraception demeure largement dépendant du/de la médecin : 41 % des femmes indiquent faire confiance à leur praticien-ne, et 41 % se référer à la présentation qui leur est faite pour faire ensuite leur choix (seulement 18 % répondant choisir seule leur méthode de contraception). Cela reflète bien l'importance de la consultation médicale en la matière. Mais ce qui est intéressant ici, ce sont les différences selon les catégories socioprofessionnelles. Les ouvrières sont deux fois plus nombreuses que les cadres à faire entièrement confiance à leur médecin ; et les cadres sont les plus nombreuses à *se présenter* comme étant dans une position de « choix éclairé », après discussion avec leur médecin.

Cette importance de la position sociale dans le choix contraceptif a déjà été mise en évidence par Hélène Bretin, tant dans son étude menée à la fin des années 1980 sur les injections contraceptives (1990 ; 1992) et sur la « marginalité contraceptive » que représentent ces injections (2004) que dans un article plus récent, avec Laurence Kotobi, sur l'implant contraceptif (Bretin et Kotobi 2016). Dans ce dernier article, les autrices montrent que « la prescription de cette méthode de contraception apparaît beaucoup plus contrainte et imposée aux femmes issues des classes populaires, quand elle est davantage choisie par les femmes de milieux plus aisés » (*Ibid.*, p. 127). En comparant les expériences de deux utilisatrices de l'implant issues de milieux très différents (une étudiante de 20 ans, en khâgne au lycée Louis le Grand, et une agent de clientèle à temps partiel sur une plate-forme téléphonique de 27 ans, arrivée en France à l'âge de 3 ans), elles mettent en évidence que dans un cas l'implant, choisi par la première, « participe d'une construction maîtrisée de l'existence », quand dans l'autre cas il a été imposé

¹⁸ La catégorie « Agricultrice », trop faible numériquement pour être étudiée, n'a pas été prise en compte.

et n'est que « le marqueur d'une série de contraintes » des institutions sociales et médicales (*Ibid.*, p. 133). Il faut donc étudier non seulement les contraceptifs utilisés par les femmes, mais également les modalités de leurs choix.

On remarque le même type de segmentation dans les expériences des femmes interrogées, dont les parcours contraceptifs peuvent parfois sembler proches alors même qu'ils sont vécus de manières tout à fait différentes. La comparaison des récits de Maeva¹⁹, mère au foyer sans diplôme de 26 ans et Carine²⁰, juriste en entreprise de 31 ans, est particulièrement éclairante de ce point de vue. Toutes deux ont testé de nombreuses méthodes contraceptives (plusieurs pilules, le préservatif, les spermicides, l'implant, les patchs, le retrait, une tentative de pose de DIU pour Maeva, qui se renseigne maintenant sur les injections ; plusieurs pilules, l'anneau, le DIU au cuivre, les MAO, les patchs, une tentative de pose de DIU hormonal et l'achat de spermicides pour Carine), dans l'espoir d'en trouver une qui leur conviendrait. Les essais successifs ont été dans le cas de Maeva faits en concertation avec le médecin : elle précise ainsi qu'elle « lui en parle d'abord, voir si c'est bien, tout ça ». Devant sa difficulté à penser à prendre sa pilule, il lui a par exemple récemment suggéré de se refaire poser un implant (alors qu'elle a déjà essayé, et n'a pas apprécié). Concernant Carine, la décision semble bien plutôt avoir été prise seule et en se renseignant par ses propres moyens, comme elle l'explique en ce qui concerne l'anneau vaginal :

On va dire que je m'étais un peu renseignée sur internet, et puis... C'est mon médecin généraliste qui m'a... Je lui ai demandé, il me l'a prescrit quoi ! Je suis même pas sûre qu'il savait exactement ce que c'était (sourire), mais il me l'a prescrit !

Ici, c'est en se renseignant en parallèle que Carine a déterminé elle-même ce qui était susceptible de lui convenir – son médecin n'est alors pas tant un interlocuteur qu'un exécutant de ce qu'elle a décidé au préalable. Ainsi, l'accès à des méthodes contraceptives moins courantes que la pilule peut dépendre de la position sociale et de la capacité à se renseigner et à imposer ses choix qu'elle peut induire, en impliquant un rapport de domination plus ou moins important dans la relation soignant-e/patiente²¹. Si Maeva cherche aussi à se renseigner, elle a plus de difficultés à déterminer des sources fiables (et je représente de ce point de vue là une ressource, d'où les nombreuses questions sur les méthodes contraceptives qu'elle me pose au long de l'entretien). Pour avoir accès à un choix contraceptif véritable, il faut donc mener un véritable travail cognitif, qui passe tant par la lecture sur le sujet que par les discussions avec d'autres femmes – hors-ligne ou en ligne –, afin de se tenir informée. Le/la médecin

¹⁹ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

²⁰ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

²¹ Dans sa thèse sur les femmes coupables de néonaticides, Julie Ancian met bien en évidence la « capacité d'agir limitée » en matière de contraception (et d'accès à l'IVG) des femmes qu'elle étudie : l'absence de perception du risque ou de souci de soi, l'inadéquation entre méthode contraceptive et mode de vie, un contexte relationnel médiocre ou encore des problèmes liés au corps médical (attitude discriminante, défaut de formation) sont autant d'obstacles à une contraception efficace pour ces femmes, majoritairement issues de milieux populaires (Ancian 2018, p. 383-389).

ne semble pas être l'interlocuteur/trice adapté-e, soit qu'il/elle n'a pas les connaissances adéquates, soit qu'il/elle ne présente pas toutes les possibilités.

Les connaissances des femmes sur la contraception sont en effet susceptibles d'évoluer tout au long de leur vie, en particulier via les discussions entre pairs. Pour la majorité des femmes interrogées, la contraception est un sujet de conversation entre femmes (amies, membres de la famille voire collègues) sinon fréquent, du moins banal. C'est en particulier le cas lorsque la contraception qu'elles utilisent ne leur convient pas, comme en témoigne Camille²² :

Enquêtrice : Et ça t'arrive de parler de contraception ?

Camille : Ouais, aussi ouais. Bah du coup j'en ai pas mal parlé, vu que j'ai testé plein de trucs ! Bah du coup avec ma collègue Mélanie [*autre enquêtée, qui l'a mise en contact avec moi*], je sais plus comment on en est venues à parler de ça, elle m'a dit « Ouh toi, dis donc, t'es un sujet intéressant ! » Mais ouais, ouais ça m'arrive. Régulièrement aussi.

Pour Camille, l'évocation de la contraception se fait à la fois parce qu'elle a « testé plein de trucs » qui ne lui convenaient pas, et qu'elle peut donc en rendre compte autour d'elle, mais aussi plus simplement parce que, comme elle le dit ensuite, cela « vient régulièrement sur le tapis ». Cette propension féminine à parler de la contraception entre pairs – et donc à accroître ses connaissances sur le sujet – est d'autant plus forte pour les femmes réputées avoir une expertise sur le sujet, ainsi que l'explique Flora²³, modératrice « Contraception » sur le forum du site Doctissimo :

Enquêtrice : De contraception, vous en parlez souvent aussi ?

Flora : Euh, assez régulièrement, alors avec des hommes j'ai pas souvent l'occasion, après avec des femmes ça vient régulièrement, que ce soit dans ma famille, avec ma cousine, mes frangines, avec ma maman ça m'est arrivé aussi, avec des amies effectivement... 'Fin j'ai beaucoup d'amies qui savent que je travaille sur le forum de contraception, que je suis très informée, le fait d'être aide-soignante en plus m'apporte visiblement des qualifications que je n'ai pas, parce que c'est pas du tout un sujet qui est abordé correctement pendant la formation, mais voilà le fait de travailler dans le milieu médical...

Le fait d'être doublement rattachée au domaine médical, par sa profession d'aide-soignante et par son rôle de modératrice sur un forum médical, donne à Flora une légitimité vis-à-vis de son entourage en ce qui concerne la contraception. On voit émerger ainsi une forme de réflexivité sur la contraception qui s'exprime dans l'entre-soi féminin. Ces discussions entre femmes, qui visent à partager des informations, témoignent d'un besoin d'en apprendre plus qui s'oppose à l'idée d'une prescription médicale qui déterminerait seule ce qui convient à chaque femme. Mais si évoquer sa contraception, qui relève du domaine de la santé, est une chose, parler entre amies de sexualité peut être plus difficile, surtout lorsque l'on est dans une relation de long terme (Bozon 2001a, p. 26). Lorsque contraception et

²² Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

²³ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

sexualité se croisent, il peut alors sembler plus facile de se livrer de manière anonyme – par exemple sur internet.

Les échanges sur internet sont particulièrement importants pour comprendre la manière dont les femmes peuvent utiliser des vecteurs autres que le rendez-vous médical pour s'informer sur la contraception. Il ne s'agit pas de dire qu'internet révolutionne complètement la relation médecin/patiente : comme on l'a vu le/la praticien-ne demeure un-e conseiller-e privilégié-e, et les réseaux de pairs jouaient déjà un rôle avant le développement des forums et autres blogs. Néanmoins, et sans « se réduire à l'alternative perturbation-valorisation qui est souvent proposée », les relations qui se nouent en ligne jouent sur « la circulation des connaissances et la constitution d'expertise » (Méadel et Akrich 2010, p. 47-48). En effet, internet permet de se renseigner soi-même et même de choisir son/sa soignant-e, ainsi qu'en témoigne Solène²⁴. Celle-ci, qui ne désire pas d'enfant et ne supportait plus le DIU, s'est fait ligaturer les trompes à 26 ans par une médecin trouvée en ligne, « sur le blog de Martin Winckler²⁵ », qui « faisait une liste de gynécos qui pratiquaient la contraception définitive sur des femmes qui avaient pas eu d'enfants ». On peut également évoquer le site « Gyn&co²⁶ », tenu par des militantes féministes et qui répertorie les « soignant-e-s féministes » en France, ou encore les différents groupes Facebook consacrés aux échanges d'informations sur des méthodes moins communes et légitimes (comme la stérilisation). Néanmoins, la majorité des femmes n'ont pas accès à ces ressources, qui supposent une forme de capital militant.

Ainsi, ce sont principalement des informations sur la contraception elle-même que les femmes viennent chercher sur internet. Une étude du début des années 2000 sur la co-construction en ligne des savoirs contraceptifs indique ainsi, à propos des forums du site Doctissimo :

Envisagés comme une source d'information et d'échange d'expériences personnelles, ces forums de discussion tendent à remplir un rôle pédagogique traditionnellement assumé par des représentants de la santé et sont en passe de devenir une pratique courante. (Bruchez, del Rio Carral et Santiago-Delefosse 2009, p. 246)

Selon cette étude, pour de nombreuses femmes il est plus évident de solliciter leurs pairs que de chercher des renseignements sur la contraception qui ne sont pas toujours facilement accessibles, et parfois moins convaincants que des récits d'expériences personnelles et que l'échange autour de celles-ci (voir également l'étude de Pierrepont 2011, sur la contraception postnatale). C'est peut-être particulièrement le cas pour les aspects de la contraception qui peuvent sembler plus difficiles à aborder avec le/la médecin, surtout pour les plus jeunes. La sexualité revient ainsi très régulièrement dans les préoccupations des participantes au forum « Contraception » de Doctissimo, comme le montrent les deux exemples suivants :

²⁴ Doctorante, 27 ans, en couple (ligature des trompes).

²⁵ Médecin généraliste spécialisé dans les questions gynécologiques, il tient un blog sur le sujet et est très actif sur les réseaux sociaux (il est également romancier).

²⁶ Source : <https://gynandco.wordpress.com/>, consulté le 3 mai 2017.

« Envie de changer de contraceptif car baisse de libido » (femme de 21 ans²⁷)

Bonjour. Cela fait maintenant 5 ans que je prends la pilule. Ayant oublié de recommencer la plaquette en début de mois, nous avons utilisé le traditionnel préservatif et j'ai remarqué que ma libido était montée en flèche, ce qui n'était jamais arrivé sous pilule (hormis pendant les 7 jours d'arrêt...). J'ai lu d'ailleurs que je n'étais pas la seule dans ce cas. Mes règles arrivent bientôt et je n'ai pas envie de reprendre cette pilule qui m'a fait vivre un enfer dans mes rapports avec mon conjoint (plus de 3 mois sans désir avec une réelle tension qui commençait à apparaître dans le couple). Je me suis documentée et j'ai cherché des infos sur le DIU en cuivre. Cependant, je ne suis pas très rassurée à cause du mot « cuivre ». Je ne veux plus prendre d'hormones, j'ai envie de retrouver un cycle naturel et j'aimerais qu'on me rassure sur le DIU : y a vraiment aucun risque de stérilité ou infection ?

« Libido et pilule » (femme de 21 ans²⁸)

Bonjour, alors voilà j'ai 21 ans et ça fait plus d'un an et demi que j'ai des problèmes de libido (plus souvent absente que présente) je n'arrive plus à faire l'amour avec mon copain. Je prend leeloogé comme pilule depuis mes 16 ans et je viens de voir sur la notice que la baisse de libido fait parti des effets secondaires. Est ce que cela vous est déjà arrivé ? Merci d'avance pour réponses et solutions

Dans les deux cas, les jeunes femmes se sont renseignées en amont, en « se documentant » ou bien directement sur la notice. Néanmoins, des questions persistent, soit sur le risque d'infection et d'infertilité, soit sur les effets de la pilule sur « la baisse de libido ». S'informer en ligne devient alors le moyen d'avoir facilement accès à « des internautes dont les compétences sont généralement reconnues sur le forum, des leaders ou “expertes” » (Bruchez, del Rio Carral et Santiago-Delefosse 2009, p. 249-250) qui sont potentiellement moins intimidantes et surtout plus facilement abordables que des professionnel-le-s de santé – et à qui dire le manque de désir est sans doute plus facile qu'à des pairs, dans un contexte d'injonction à la sexualité généralisée (voir chapitre 10.).

Ainsi, se renseigner sur la contraception est en soi une charge pour les femmes – et lorsque des questions touchent à la sexualité, demander et obtenir des renseignements peut sembler plus difficile encore. La femme « sans sexualité » (Spencer 1999) est supposée se préoccuper principalement de santé, et non de désir et de plaisir. Mais le travail féminin en ce qui concerne la contraception ne s'arrête pas là.

1.2.2 Du travail logistique à la charge mentale

Un autre aspect central du travail contraceptif est la gestion logistique que peut impliquer l'utilisation efficace d'une méthode contraceptive. Sans revenir en détail sur cet aspect (voir Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017, p. 124-126), il faut garder en tête que s'assurer de l'efficacité contraceptive représente en soi un travail, incluant une forme de charge mentale (Haicault 2000) principalement portée par les femmes, dans la mesure où cette dernière relève d'une observance liée à leur propre corps. Or,

²⁷ Source : http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/changer-contraceptif-baisse-sujet_265061_1.htm, mis en ligne le 16 juillet 2015, consulté le 19 juin 2016.

²⁸ Source : http://forum.doctissimo.fr/doctissimo/troubles-sexuels-feminins/libido-pilule-sujet_158718_1.htm, mis en ligne le 23 septembre 2015, consulté le 19 juin 2016.

en performant ce travail, c'est leur genre que les femmes performent (West et Zimmerman 2009 [1987]), en se présentant comme « naturellement » douées pour une observance médicale dont elles ne sont pas les seules bénéficiaires.

Le premier aspect de ce travail tient à l'obligation du suivi médical. En effet, les méthodes médicales de contraception, nécessitant une prescription ou un suivi, sont utilisées aujourd'hui par près de 70 % des femmes concernées par la contraception (Bajos et al. 2014, p. 3) : le travail cognitif s'associe donc à la nécessité d'avoir en tête la temporalité du suivi médical pour le renouvellement de la prescription ou le contrôle de la contraception. Cette charge mentale se double d'une obligation concrète – celle de se rendre au rendez-vous –, ce qui ne va pas forcément de soi pour les femmes ayant des horaires contraignants. La prise en charge doit aussi être financière, qu'il s'agisse de dépassements d'honoraires des professionnel·le·s, du prix des contraceptifs eux-mêmes lorsqu'ils ne sont pas intégralement remboursés ou encore du coût d'aller à un rendez-vous (transports, nécessité éventuelle de poser des heures ou une demi-journée, etc.). Si les pilules de première et deuxième générations sont remboursées, ce n'est par exemple pas le cas de l'anneau, ce qui peut poser problème pour les jeunes femmes qui ont le moins de ressources financières, comme l'explique Kelly²⁹ :

L'anneau ça c'est très cher l'anneau. Franchement c'est horriblement cher, je pense que c'est 40 euros pour trois mois, donc on avait trois anneaux, donc 40 euros pour trois mois, et là c'était remboursé même pas 10 euros quoi. Donc franchement non. C'est hors prix !

Le choix contraceptif est donc également limité par des facteurs financiers. Mais la contrainte est aussi plus quotidienne, en particulier dans le cas de la prise d'une pilule. La nécessité de ne pas l'oublier donne alors lieu à des « astuces » (comme de mettre un réveil sur son téléphone) qui sont autant de moyens d'essayer de rendre plus léger le fait de devoir prendre un médicament tous les jours pour assurer l'efficacité de sa contraception. La pilule occupe, de ce point de vue, une place à part, en tant que seul contraceptif à prendre quotidiennement au moins trois semaines par mois à heure fixe. La peur de l'oublier est souvent à l'origine de la décision de changer de méthode, et tant les entretiens que l'enquête Fecond 2013 permettent de voir que le fait de la trouver « contraignante » est globalement très répandu (c'est l'avis de près des deux tiers des femmes interrogées lors de l'enquête Fecond 2013). Néanmoins, ce sentiment est très corrélé à l'âge, et probablement aux méthodes utilisées antérieurement :

²⁹ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

Tableau 11. Opinion des femmes concernant le fait que la pilule est contraignante (en %)

	Tout à fait ou plutôt d'accord
15-19 ans	49
20-24 ans	57
25-29 ans	62
30-39 ans	68
40-49 ans	67
Ensemble	64

Champ : femmes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

Ainsi ce sont les plus jeunes (15-19 ans), qui utilisent le plus la pilule et qui représentent la seule catégorie pour laquelle cette utilisation n'a pas diminué depuis 2010 (Rahib, Le Guen et Lydie 2017, p. 4), qui sont le moins d'accord avec le fait que la pilule est contraignante. On note ici un effet d'âge : jusqu'à la trentaine, où cela se stabilise, les femmes trouvent de plus en plus la pilule contraignante, le chiffre passant de la moitié aux deux tiers de l'échantillon. Même si le terme « contraignant » est difficile à analyser, on peut faire l'hypothèse pour les plus jeunes, du soulagement éventuel que peut d'abord constituer le passage du préservatif à la pilule et, ensuite, d'une lassitude progressive ressentie par une majorité de femmes au bout de quelques années de prise de pilule. C'est d'autant plus probable que le travail contraceptif lié à la prise de pilule, parce qu'il incombe aux femmes, les rend coupables de toute erreur d'observance. La pilule semble ainsi « délivrée des facteurs humains avec leur lot de contingence et leur caractère aléatoire au profit de la seule puissance de la science » (Grino 2014, p. 4). S'ensuit une dépréciation d'elles-mêmes par les femmes largement présente dans les entretiens, dépréciation d'autant plus forte que flotte le spectre d'un avortement toujours considéré comme déviant (Mathieu et Ruault 2015), marqueur d'une mauvaise gestion d'une fécondité qui devrait pourtant être parfaitement maîtrisable, compte tenu d'une offre contraceptive perçue comme suffisante (Bajos et Ferrand 2004 ; Bajos et Ferrand 2006 ; Mathieu 2016). L'observance contraceptive n'est pas perçue comme une tâche en tant que telle.

Le travail contraceptif se rapproche ainsi d'autres formes de travail domestique ou parental, majoritairement effectué par les femmes (Ponthieux et Schreiber 2006). Or, en cas d'oubli de pilule – et à moins de pratiquer l'abstinence en attendant que la méthode soit à niveau efficace, ou de choisir d'utiliser une pilule du lendemain – les solutions les plus courantes pour pouvoir avoir des rapports pénétratifs en évitant une grossesse sont le préservatif (généralement masculin) et le retrait. Or ces deux options impliquent une forme de coupure au cours de l'acte sexuel et une participation du partenaire. L'oubli de la pilule fait ainsi resurgir à la fois la sexualité, et le fait que le travail des femmes en matière de contraception se fait au bénéfice des hommes, qui en sont dispensés.

L'utilisation de la contraception médicale par les femmes se fait dans un contexte qui invisibilise largement la sexualité, tant dans la prescription de ces méthodes que dans leur utilisation. Mais qu'en est-il si on prend également en compte la place des hommes ?

1.3 Une responsabilité féminine au bénéfice des hommes ?

Pour comprendre l'implication féminine dans la contraception et ses effets sur la sexualité, il faut s'intéresser également à celle des hommes : lorsque l'encadrement médical contraceptif est uniquement dirigé vers les femmes, quels rapports de genre autour de la contraception et de la sexualité cela engendre-t-il ? Je commencerai par m'intéresser à l'implication des hommes, puis en particulier à sa variation en fonction du milieu social, avant de me pencher sur le cas particulier et marginal que représente la contraception médicale masculine. Dans tous les cas, on verra que lorsqu'il est question de la place – ou plutôt de l'absence – des hommes dans la gestion de la fécondité, c'est bien la dimension médicale plutôt que la dimension sexuelle qui est au cœur des réflexions.

1.3.1 Des hommes détachés de la contraception

La médicalisation de la contraception a entraîné un retournement progressif de la responsabilité contraceptive, ce qui a contribué à « modifier durablement le rôle des femmes dans l'activité sexuelle » (Giami et Spencer 2004, p. 386). La responsabilité féminine vis-à-vis de la contraception et la norme qu'elle devient ont été rapidement mises au jour par les travaux sociologiques. Michèle Ferrand en témoigne dès le début des années 1980, soulignant le paradoxe selon lequel la « norme positive » de la contraception médicale permet de renforcer la stigmatisation attachée à l'avortement. Le second devient le symbole de « l'irresponsabilité », la première « le signe de la bonne adaptation sociale de la femme, la preuve de sa maturité psychologique » (Ferrand-Picard 1982, p. 394). Or cette responsabilisation féminine, corollaire au développement du pouvoir médical, joue sur l'ordre du genre et sur la sexualité.

Cette naturalisation de la responsabilité féminine de la contraception est particulièrement forte en France, où la stérilisation masculine (comme féminine) est très peu pratiquée et où c'est tout au long de leur vie procréative que les femmes doivent assumer la charge d'avoir des rapports sexuels sans risquer une grossesse non désirée. Cette idée d'une incompétence intrinsèque des hommes concerne d'abord les professionnel·le·s. Cécile Ventola montre que s'ils et elles soulignent régulièrement les faiblesses de la prise en charge féminine (par exemple en évoquant des patientes qui ne parviennent pas à prendre leur pilule régulièrement), cette réticence disparaît lorsqu'il est question de la potentialité d'une prise en charge masculine :

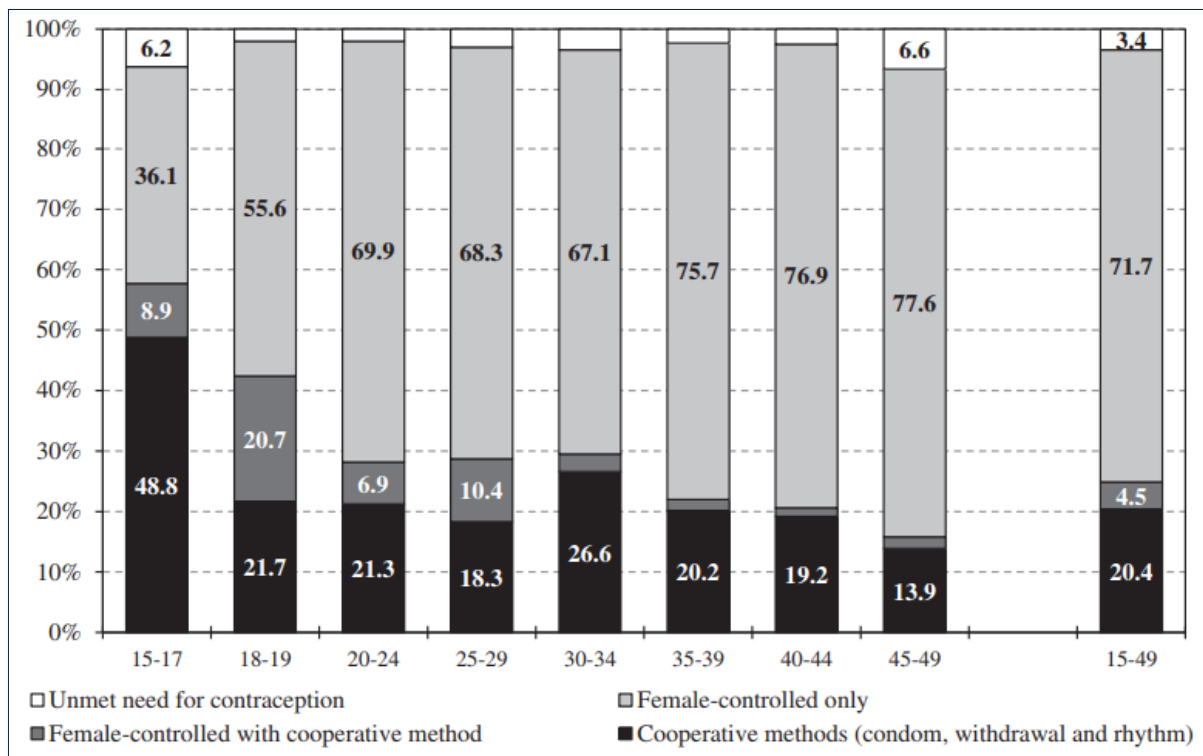
La compétence supposée des femmes n'est mobilisée que dans l'opposition aux hommes. Les mêmes praticiens peuvent ainsi à la fois décrire l'étendue de l'incompétence féminine avant de fonder biologiquement une compétence exclusivement féminine. (Ventola 2014, paragr. 34)

Elle souligne dans sa thèse que les réactions des soignant·e·s face à l'idée d'une prise en charge masculine varient entre revendications d'une « impossibilité naturelle », pour celles et ceux ayant une

position qu'elle qualifie d'« essentialiste », et « prudence » pour le groupe plus proche d'une approche « constructiviste » (Ventola 2017, p. 365-382). Ces réticences professionnelles recourent un constat fait par Nelly Oudshoorn, qui en s'interrogeant sur la possibilité du développement de la contraception masculine conclut qu'il faudrait pour cela « une transformation culturelle [du] scénario dominant » selon lequel « ce sont les femmes et non les hommes qui sont responsables du contrôle des naissances et doivent en assumer les risques » (Oudshoorn 1999, p. 140). Or ce scénario culturel dominant est très largement accepté – et mis en pratique –, ainsi que le montrent les entretiens.

La contraception étant majoritairement sous contrôle féminin, les usages contraceptifs dépendent généralement des *partenaires* des hommes hétérosexuels, comme en témoigne le manque de connaissances de ces derniers sur le sujet. Rémi³⁰ (qui ne parvient pas à retrouver le mot « stérilet » pour désigner une méthode que souhaitait employer son ancienne compagne) résume la situation : « on n'est pas habitués, nous les mecs, à parler de ça ». Une étude des réponses masculines aux questions de Fecond 2010 permet de percevoir l'augmentation au fil de l'âge de la prise en charge contraceptive par les femmes :

Graphique 5. Utilisation de la contraception des hommes (par groupes d'âge) en France en 2010³¹



Champ : hommes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine ne souhaitant pas avoir d'enfant, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec une femme au cours des douze derniers mois et ayant une partenaire de moins de 50 ans ni stérile, ni enceinte.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

³⁰ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

³¹ Le Guen et al. 2015, p. 49.

On note ainsi une augmentation très rapide de l'utilisation de moyens de contraception contrôlés par les partenaires féminines, suivant le modèle contraceptif français selon lequel, lorsque la relation devient sérieuse, la femme prend rapidement la pilule. C'est par exemple ce qu'explique Jean-Marc³², dont l'épouse a d'abord pris la pilule, puis un stérilet après qu'ils aient eu des enfants :

Jean-Marc : On n'a pas eu de relations tout de suite, et puis c'est devenu entre guillemets sérieux. Et donc en fait elle a pris la pilule, en fait.

Enquêtrice : D'accord. Et depuis votre mariage, elle a toujours pris la pilule ?

Jean-Marc : Euh, pilule ou stérilet. Voilà. [...] Bon. (petit rire) Je sais pas si je vous suis très utile, du coup ! Mais bon.

Jean-Marc a conscience de représenter la norme (d'où sa crainte de ne pas être « utile » à l'enquête), de même qu'Antoine³³, dont l'ex-compagne (avec laquelle il a eu deux enfants) prenait la pilule : il la décrit comme ayant fait le « cycle classique » en matière de contraception. Cette évidence de la responsabilité féminine se lit également dans cet extrait de l'entretien de Béatrice³⁴, où elle m'explique pourquoi elle a décidé de recourir à la ligature des trompes après avoir eu ses deux enfants, à 43 ans :

Béatrice : J'en avais discuté avec mon mari parce que je me suis dit « À la limite moi je le fais, mais pourquoi moi, lui il pourrait le faire aussi », mais lui il se sentait pas prêt de le faire. [...] Moi ça m'aurait pas dérangé que lui le fasse, mais quelque part moi j'ai été contente de le faire, parce que je me dis « Ça me fait toujours un médicament que je prends pas le soir, quoi ». Je suis anti-médicament, donc je me dis « Voilà, c'est toujours ça que je prends pas le soir... » Un cachet en moins... Et voilà, mais bon c'est vrai que j'en avais parlé au départ avec lui, je lui avais dit « Toi, pourquoi toi tu le ferais pas ? » Et peut-être qu'un homme... Je sais pas, c'est peut-être plus réticent ? Peut-être qu'après il se sent moins homme... Je sais pas.

Enquêtrice : Ouais, vous saviez pourquoi il était réticent ? C'était justement cette peur d'être moins... moins masculin ?

Béatrice : Je sais pas... Oui, c'est ce qu'il m'avait dit ! Ouais. Il m'avait dit « Non... » Même si lui ne veut plus d'enfants non plus, pour lui c'était pas quelque chose d'envisageable, il m'avait dit « Non, bah tant pis... Je te ferai bien penser à prendre ta pilule le soir, mais non, pour moi non non ». Il allait m'y faire penser au début, et après on allait encore oublier ! (sourire) Et puis après bah je me suis dit « Non, après tout je le fais moi. ».

Si Béatrice a un temps envisagé que son mari fasse une vasectomie, on voit qu'il a immédiatement refusé cette proposition, de peur selon elle de se sentir « moins homme » – et ce alors même que lui non plus ne veut plus d'enfant. Il a même proposé de partager la charge mentale de la pilule, mais Béatrice a pensé que cela n'allait pas avoir de suite concrète, et qu'il allait très vite l'« oublier ». C'est ce qui l'a décidée à prendre les choses en mains et en charge, et à se renseigner sur la ligature des trompes, qu'elle valorise au motif que cela lui permet de ne plus prendre un « médicament » – ce qu'aurait tout aussi bien permis une vasectomie. Globalement, le détachement des

³² Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

³³ Ingénieur, 34 ans, en couple, deux enfants (symptothermie et sexualité non pénétrative).

³⁴ Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

hommes vis-à-vis des questions concernant la contraception est ainsi vu comme « normal », voire « naturel ».

La non-participation masculine concernant la contraception apparaît également de manière tout à fait claire dans le fait que certains hommes ne savent pas quel contraceptif a été utilisé pour une partie de leurs rapports sexuels occasionnels, voire par certaines de leurs partenaires régulières. C'est le cas de Sébastien³⁵ :

Enquêtrice : Et votre partenaire de l'époque, elle utilisait une contraception de son côté ? Pour que vous puissiez arrêter [le préservatif] ?

Sébastien : Euh... Bonne question... Euh... Pour elle c'était son premier rapport. Donc, est-ce que elle l'utilisait, est-ce qu'elle prenait la pilule... ? Je pense que oui... Je suis plus sûr. [...] Elle... Si on a arrêté le préservatif, elle a dû mettre en place la pilule si elle l'avait pas à ce moment-là.

Pour Sébastien, la question paraît presque incongrue : la charge d'éviter une grossesse semble avoir été directement imputée à sa partenaire. De la même manière, les relations occasionnelles peuvent aussi donner lieu à un lâcher-prise masculin, comme dans le cas de Domenico³⁶ qui déclare à propos d'une de ses partenaires « de vacances », avec qui il a eu des rapports sans préservatif : « J'imagine qu'elle prenait la pilule, sans doute ». La question ne semble pas s'être posée pour lui avant qu'elle ne lui soit adressée dans le cadre de l'entretien³⁷. Même chose pour Rémi³⁸, qui commence par me dire qu'il évoque toujours la question de la contraception avec ses partenaires occasionnelles, avant de nuancer son propos en indiquant que « [s'ils] n'en parlent pas de toute façon elle va [lui] dire ». Il finit par expliquer qu'il n'est « jamais tombé sur une fille qui prend un risque », comme si lui-même n'était en rien concerné par ce risque – et qu'il lui délègue donc tant la contraception que l'initiative d'une discussion sur le sujet. Les hommes paraissent ainsi, dans leur majorité, désinvestis de la gestion contraceptive. Celle-ci reste uniquement pensée en termes de responsabilité des femmes, sans que ses effets sur la sexualité du couple entrent en jeu.

1.3.2 Des « négociations silencieuses » à une implication masculine variable selon le milieu social ?

Le fait que la majorité des méthodes soient à destination des femmes peut expliquer le désinvestissement masculin en matière de contraception. Mais l'utilisation d'une méthode contrôlée par la femme entraîne-t-elle toujours un total désinvestissement de l'homme ?

³⁵ Ingénieur en reconversion pour être masseur, 38 ans, en couple (sa compagne a un DIU).

³⁶ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

³⁷ Ici, le lâcher-prise touche aussi bien le risque de grossesse non désirée que de contamination par une infection sexuellement transmissible (IST).

³⁸ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

Les données de Fecond 2010 nous permettent d'abord d'analyser ce qu'il en est en termes de représentations, à partir de l'analyse des réponses en fonction du sexe à la question : « Selon vous, les hommes doivent-ils participer au choix de la contraception au sein du couple ? »

Tableau 12. Opinion sur la participation des hommes au choix de la contraception au sein du couple en fonction du sexe (en %)

	Oui, ils doivent participer à la décision	Oui, mais seulement pour donner un avis	Non	Total
Femmes	31	50	19	100
Hommes	44	47	8	100

Champ : hommes et femmes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,001

Si hommes et femmes s'accordent dans une certaine mesure, la moitié de chaque groupe de sexe estimant que les hommes doivent participer à la décision contraceptive à titre consultatif, les avis divergent quant aux deux autres propositions : l'idée d'une participation des hommes à la décision elle-même est approuvée par moins d'un tiers des femmes, mais près de 45 % des hommes ; et près de 20 % des femmes sont contre toute implication masculine, contre moins de 10 % des hommes³⁹. Comme en témoigne Christophe⁴⁰ à propos de son ex-femme, la participation masculine peut en effet être refusée par la femme elle-même : « Moi du moment que ça lui convenait à elle, ça me convenait à moi. De toute façon, honnêtement [...] j'avais vraiment pas mon mot à dire. » Ainsi pourrait-on en conclure que le non-investissement masculin se fait en partie du fait d'une résistance des femmes que ces derniers s'impliquent dans la gestion de la contraception. Mais la question de Fecond 2010 ne porte que sur la participation au *choix* contraceptif, et n'indique pas si les hommes seraient prêts à participer au *travail* qui découle de ce choix.

Cyril Desjeux, dans son travail sur la perception masculine de la contraception, insiste sur la multiplicité des facteurs susceptibles d'avoir une influence sur l'investissement des hommes en la matière : « la vision que les hommes ont de la relation conjugale, de l'égalité femme/homme, de la masculinité, de leur expérience passée en matière de contraception et d'avortement, de la qualité de la relation et de la communication conjugale » (Desjeux 2009, p. 61). En particulier, c'est selon lui « la prise de conscience des difficultés contraceptives des femmes » qui « favorise la construction d'une sensibilité contraceptive pour les hommes » (*Ibid.*, p. 60-61). Néanmoins, de la « sensibilité » à un réel investissement contraceptif il y a un pas qui n'est pas systématiquement franchi.

³⁹ À l'analyse, on ne trouve pas de différences flagrantes en fonction de l'âge, du fait d'être ou non en couple, ou encore de la durée de la relation pour celles et ceux qui le sont (résultats non présentés).

⁴⁰ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

Dans le cadre d'une relation installée, lorsque les difficultés ou le rejet d'une méthode contrôlée par la femme font qu'une méthode partagée, comme le préservatif ou le retrait, est choisie, c'est souvent parce que la femme n'a pas laissé de choix à son partenaire :

Enquêtrice : Et avec la personne avec qui tu es resté un an, pourquoi est-ce qu'elle prenait pas de contraception ?

Rémi⁴¹ : Bah, apparemment, elle elle savait que c'était mauvais pour sa santé. Voilà... Tout simplement... Donc elle avait choisi de pas en prendre... Elle a bien raison d'ailleurs, je pense ! Chacun fait comme il veut, mais je pense que c'est pas [bien]... La pilule hein je parle.

Avec cette ancienne partenaire avec laquelle il a été en couple un an, Rémi a utilisé le préservatif ou le retrait – mais il souligne bien qu'il n'appréciait pas la situation, et que ce n'était « pas très naturel non plus ». Ainsi, l'utilisation d'une méthode mixte peut être dans le cadre d'un couple stable le résultat d'une « négociation silencieuse » (Meilakhs 2008, citée par Claro 2018, p. 445 à propos de l'arrêt de la contraception) plutôt que d'une vraie discussion – voire d'une décision unilatérale. Pour rendre compte d'une telle négociation « silencieuse », il faut néanmoins porter une attention particulière aux situations « d'ambivalence, de malentendu, de désaccord, [d']asymétries et [de] rapports de pouvoir genrés » (*Ibid.*, p. 448). Or ces rapports de pouvoir peuvent apparaître de manière particulièrement claire lorsque le partenaire n'est pas d'accord avec le choix de la femme, comme l'explique longuement Évelyne⁴² à propos de son passage au stérilet à la fin des années 1980, par peur des effets « cancérogènes » de la pilule :

Enquêtrice : Et le fait de passer au stérilet, c'est quelque chose que vous aviez décidé toute seule, ou dont vous aviez discuté avec votre partenaire ?

Évelyne : [...] Ah là, oui, effectivement, là vous me rappelez vraiment un souvenir qui était très désagréable à l'époque, parce que j'ai annoncé au père de mes enfants, que je désirais mettre un stérilet. Justement, par rapport à ma santé, etc. Et j'ai eu un refus catégorique, [...] il m'a dit : « Eh bien écoute, si tu mets un stérilet, il est évident que quand nous aurons un rapport sexuel je vais le sentir ». [...] À l'époque ça a pas été très honnête de ma part, mais bon je n'ai pas trouvé d'autres solutions que de me dire : « Il est pas question que je continue à prendre la pilule », parce que lui, c'était un confort pour lui ! Il me disait « Mais pourquoi, la pilule c'est très bien, nanana... Si t'as peur de l'oublier », parce qu'au début il pensait à ça, « Si t'as peur de l'oublier je te le redirai tous les jours, nanana », enfin bref, et je dis « Non non, non non, mais là c'est même plus ça le problème, c'est ma santé ! » [...] Donc en fait je suis allée me faire poser ce stérilet, et je ne lui en ai pas parlé. [...] Comme il ne vérifiait pas, bien sûr, si je prenais la pilule, parce que c'était pas vraiment son problème, et bien en fait, notre vie a continué comme ça. [...] Alors j'ai attendu... Je sais pas, presque une année, je crois ? [...] Et je lui dis « Écoute il faut que je t'avoue quelque chose : je prends un stérilet depuis pratiquement un an », et je dis « Et tu vois, tu n'as jamais eu de réaction, tu ne m'as jamais dit quoi que ce soit quand nous avons nos rapports, tu t'es jamais plaint de quoi que ce soit, tout allait très bien » [...] Et j'avoue que alors il était un peu en colère, au début, parce que j'avais menti, je reconnais ! [...] Mais

⁴¹ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁴² Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

j'avoue qu'il a fallu que je passe par ce stratagème... J'aurais préféré éviter, mais voilà, ça a été... (sourires) Ça a pas été facile !

Ici, le refus du compagnon d'Évelyne qu'elle se fasse poser un DIU est rapidement contourné – Évelyne ne se privant pas de souligner au cours de l'entretien qu'il n'a pas son mot à dire en la matière, d'autant plus qu'il n'est pas du tout investi (si ce n'est, une fois encore, par la promesse de lui faire penser à sa pilule) : « Qu'est-ce que ça pouvait lui faire ? Que je mette un stérilet ou que je prenne la pilule, à la limite, puisque c'était moi qui supportais la contraception, quelle qu'elle soit. » Ce contournement est possible car les rapports de force sont suffisamment équilibrés dans le couple pour qu'Évelyne prenne le risque de subir finalement la « colère » de son compagnon. Analyser les rapports de pouvoir au sein du couple est donc indispensable pour rendre compte d'une éventuelle implication masculine et des modalités véritables des « négociations silencieuses ».

En cas de véritable implication du partenaire, il s'agit de déterminer quelles formes elle peut prendre. Lorsque la méthode utilisée reste une méthode contrôlée par la femme, la marge de manœuvre, hors d'un partage de la charge financière si la méthode n'est pas ou pas entièrement remboursée, est limitée. La participation des hommes apparaît plutôt comme une forme « d'aide » que comme une implication à part entière, comme chez Martin⁴³ :

De devoir y penser tous les jours, ça doit être relou, et... Bah moi j'ai, enfin j'essaie de l'aider comme je peux en fait. Elle elle a mis un réveil à 20h30, pour la [prendre], moi j'en ai mis un à 23h, comme ça quand je vois mon réveil qui sonne : « T'as pris ta pilule ? » « Ah non ! », et je lui amène sa pilule. Je suis un peu son rappel, j'essaie un peu de l'aider comme je peux, c'est tout ce que je peux faire. Mais genre... Je pense que une fois sur deux si je suis pas là pour lui rappeler elle la prend pas.

L'implication de Martin se fait à la fois par le dédoublement des « rappels » téléphoniques au sein du couple et par l'action d'apporter lui-même sa pilule à sa compagne lorsqu'elle l'a oubliée. Le fait que le couple utilise des préservatifs à la fin du rapport sexuel (Martin l'enfile juste avant l'éjaculation, car sa compagne n'aime pas qu'il jouisse à l'intérieur d'elle) participe sans doute du détachement que Martin semble décrire vis-à-vis de la responsabilité contraceptive de la part de sa compagne.

Mais l'implication des hommes se fait également dans le recours à des méthodes mixtes, qui apparaît différencié socialement :

Les hommes ayant un niveau d'éducation plus important pourraient être plus susceptibles de remettre en cause la norme dominante selon laquelle le contrôle de la fécondité est du ressort féminin, en faisant preuve d'une implication individuelle plus importante concernant l'utilisation de méthodes de contraception masculines ou coopératives⁴⁴. (Le Guen et al. 2015, p. 52)

⁴³ Étudiant, 21 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

⁴⁴ “This might suggest that men with higher levels of education might be more likely to challenge the dominant norm of fertility control as a female domain by demonstrating more individual involvement in using male or cooperative contraceptive options.”

On retrouve d'ailleurs des résultats semblables dans un contexte tout à fait différent, au Brésil, où une étude montre qu'un niveau d'étude élevé va de pair avec une utilisation plus importante de méthodes requérant une participation masculine, c'est-à-dire ici le préservatif et vasectomie (Duarte et al. 2003). Il apparaît donc nécessaire de s'intéresser aux modalités et à la marge de négociation sur la contraception, et des normes qui y sont associées, selon le milieu social. L'investissement dans la relation peut jouer sur celles-ci, comme le montre une étude sur l'utilisation du préservatif (et le passage à la pilule) par des jeunes entre 18 et 22 ans, en première et terminale professionnelle et appartenant à des milieux défavorisés :

Le fait de ne pas être engagé de la même manière dans la relation amoureuse interfère sur les capacités de négociation. Les filles, qui se jugent plus amoureuses que leurs partenaires, paraissent moins en mesure de marquer leur opposition quant à certains choix contraceptifs, alors que les garçons, s'estimant souvent moins investis, ont davantage la possibilité d'imposer leur point de vue. En voulant satisfaire leur partenaire ou en ne parvenant pas à imposer leur choix, certaines filles peuvent être conduites à accepter des méthodes contraceptives qui ne les satisfont pas. (Bernard 2010, p. 68)

On peut ainsi faire l'hypothèse d'une marge de manœuvre potentiellement plus restreinte pour les femmes des couples de classes populaires, et ce pour deux raisons. D'une part, la centralité du couple dans la définition de l'identité sociale des femmes qui n'ont pas de diplôme, qui peut rendre difficile une mise en danger de celui-ci. C'est d'autant plus le cas que si la maternité est naturalisée chez toutes les femmes (Guillaumin 1992), chez celles appartenant aux classes populaires cette naturalisation déjà constatée dans les années 1980 dans les ménages ouvriers (Schwartz 1990, p. 177-223) et plus récemment chez des parents employés du tertiaire (Le Pape 2009) est aujourd'hui encore « soutenue par l'incorporation de savoir-faire concrets » (Boulet 2018, p. 34), incorporation qui traverse les expériences vécues par ces femmes :

La structuration du marché du travail (avec la concentration des femmes peu ou pas qualifiées dans les métiers de l'enfance, de l'éducation et des soins aux personnes) et la circulation familiale des services domestiques se conjuguent donc pour asseoir l'évidence de la maternité (avoir des enfants) et du maternage (en prendre soin au quotidien, les élever) pour les femmes des classes populaires. (Boulet 2018, p. 36)

D'autre part, l'évidence d'une « omni-responsabilité » féminine qui, malgré des évolutions, semble persister dans une partie des familles de classe populaire, faisant reposer sur les femmes « toutes les charges domestiques et parentales, l'homme étant complètement – ou *quasi* complètement – absent sur ce terrain » et ce même si la situation « s'accompagne de protestations, de refus, de non-consentement » (Schwartz 2018, p. 126). La contraception, et plus largement la maîtrise de la fécondité, se trouvent ainsi dans un pôle dont la gestion féminine semble particulièrement naturalisée parmi les classes populaires, ce qui limite les options possibles aux méthodes féminines. Il ne s'agit pas de nier la diffusion d'un « ethos égalitaire » en leur sein, mais de souligner avec Isabelle Clair que la réception de celui-ci est « profondément différentialiste » et « articule l'égalité entre les sexes à un antagonisme qui

serait indépassable», et qui conduit à une hiérarchisation des sexes (Clair 2011, p. 74). L'étude des réponses féminines en fonction du niveau de diplôme à la question de la participation des hommes au choix contraceptif au sein du couple montre également la force de cette prérogative féminine chez les moins diplômées :

Tableau 13. Opinion sur la participation des hommes au choix contraceptif au sein du couple en fonction du niveau de diplôme (en %)

	Oui, ils doivent participer à la décision	Oui, mais seulement pour donner un avis	Non	Total
Sans Diplôme, CEP, brevet	33	44	23	100
CAP, BEP	28	49	23	100
Bac	33	50	17	100
Diplôme supérieur 1 ^o cycle	29	55	16	100
Diplôme supérieur 2 ^o cycle et plus	32	54	14	100

Champ : femmes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,002

Ce sont ainsi près du quart des femmes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au bac qui considèrent que le choix contraceptif doit se faire sans consulter le partenaire, chiffre qui descend ensuite au fur et à mesure que le diplôme augmente, jusqu'à atteindre 14 % seulement des femmes ayant un diplôme du second cycle ou plus.

La mainmise féminine sur la gestion du contrôle de la fécondité dans les milieux populaires apparaît clairement dans les entretiens de Kelly⁴⁵ et Maeva⁴⁶. La première explique ainsi avoir « fait du n'importe quoi » en termes contraceptifs après sa mise en couple sans en informer son conjoint, car elle avait « envie d'un enfant ». Quant à la seconde, elle a arrêté la pilule sans prévenir son compagnon :

Enquêtrice : Et du coup, vous me disiez que vous aviez donc re-stopé la pilule, pourquoi est-ce que vous aviez re-stopé la pilule ? [...]

Maeva : Bah parce que je voulais re-avoir un autre [enfant] en fait ! (sourire) Donc je lui avais pas dit [à son compagnon] que j'avais stopé la pilule, et du coup il s'en était aperçu, et du coup j'ai repris du coup la pilule, là y'a dix jours... Donc voilà.

Enquêtrice : Et comment il s'en est aperçu du coup ?

Maeva : Euh ça je sais plus trop... Je sais plus trop... Il a dû me demander si j'avais pris ma pilule, et je crois que j'ai dû lui dire « Bah désolée, depuis septembre⁴⁷ je la prends plus », donc voilà quoi. Ah c'était pas, c'était pas cool non plus ce que j'ai fait hein ! Donc voilà.

Enquêtrice : Et du coup il était pas content ?

⁴⁵ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

⁴⁶ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

⁴⁷ L'entretien a lieu début novembre.

Maeva : Non, il était pas content, il m'a dit « Bah pas de rapports pendant quelques jours, ou à moins que tu prennes ta pilule » (sourire), donc voilà. [J'ai] fait « Ah non ! »
Donc voilà.

La décision unilatérale de Maeva de cesser de prendre la pilule est très mal acceptée par son partenaire, qui menace alors de la « punir » en cessant tous rapports sexuels tant qu'elle n'assume pas à nouveau la contraception – comme si le fait que *lui* puisse la prendre en charge n'était même pas envisageable. Comme le soulignait Mona Claro à propos de ses enquêté-e-s russes, la notion de « négociation » ne semble pas être ici la plus efficace pour rendre compte de ce qui se joue dans le couple, dans la mesure où cette notion n'englobe pas « les désaccords latents, les malentendus, et des formes de “travail émotionnel”, de travail de mise en conformité de ses émotions avec le scénario hégémonique et avec les émotions du/de la partenaire, [qui] sont aussi des logiques prégnantes » (Claro 2018, p. 611). La participation des hommes au travail contraceptif – ou en l'occurrence leur éviction de celui-ci – peut donc se faire de manière plus ou moins coopérative. Mais il semble que dans les classes populaires cette coopération, qui implique une négociation, est d'autant plus difficile que le dialogue sur les émotions et l'intime, dont la sexualité et la contraception relèvent, est considéré dès l'enfance comme ne relevant pas de la sphère de compétence des hommes (Diter 2015, p. 32).

1.3.3 Un cas particulier : la contraception médicale pour les hommes

Si les méthodes masculines de prise en charge de la contraception les plus utilisées en France sont le préservatif et le retrait (Le Guen et al. 2015), cela ne signifie pas pour autant qu'aucune méthode médicale de contraception n'a été développée pour les hommes. Il ne s'agit pas de revenir sur ce que Cécile Ventola qualifie d'« arlésienne de la pilule masculine » (2017b, p. 24), à savoir l'annonce régulière, depuis les années 1970, de l'arrivée imminente d'une telle pilule sur le marché – sans que ces déclarations ne soient jamais suivies d'effets. Les mécanismes institutionnels entravant le développement d'une telle pilule ont déjà été mis au jour par Nelly Oudshoorn (2003), et centrer la réflexion dessus ferait « dépendre la possibilité d'une prise en charge masculine de la prévention des grossesses non souhaitées d'une évolution technologique qui n'est pas encore advenue [...], renforçant par là même le *statu quo* qui caractérise la division sexuelle des responsabilités contraceptives » (Ventola 2017, p. 24). Ce sont les méthodes actuellement disponibles, même si cette disponibilité peut être extrêmement réduite, qu'il faut étudier.

En premier lieu, on peut s'intéresser à la vasectomie, dont l'encadrement légal à partir de 2001 a mis fin à un flou juridique qui n'empêchait pas certains médecins de la pratiquer (*Ibid.*, p. 217-221 ; voir également Giami et Leridon (dir.) 2000 ; et, pour un point historique sur l'émergence des vasectomies volontaires, Serna 2018). Le recours à la vasectomie reste extrêmement minoritaire en France : selon le World Contraceptive Use 2018, qui regroupe les derniers chiffres disponibles pour chaque pays, il s'élève en 2008 à 0,8 % des méthodes déclarées par les femmes en couple en France contre 21,0 % au Royaume-Uni et 8,4 % en Belgique la même année, ou encore 11,6 % aux États-Unis

en 2013 (Organisation des Nations Unies 2018). Pour la plupart des hommes interrogés, la vasectomie n'est pas dans les options envisagées. Ainsi pour Olivier⁴⁸, cela reviendrait à « s'enlever une partie de soi-même qui peut continuer à exister », et on a vu avec le mari de Béatrice que son évocation pouvait représenter une menace pour sa masculinité⁴⁹. Colin⁵⁰ ne connaît même pas l'existence de la méthode :

Enquêtrice : Est-ce que toi tu t'es déjà posé la question, mais à plus long terme, du coup, de la contraception définitive ?

Colin : Ah, euh... Pour qui pour moi ?

Enquêtrice : Ouais.

Colin : C'est-à-dire ?

Enquêtrice : Bah de se faire... Enfin, de te faire stériliser, quand t'auras eu des enfants, si tu veux des enfants ?

Colin : Non, j'en veux pas et... et non. Me faire stériliser, pas spécialement, je pensais pas que c'était faisable, je pensais pas que ça existait. Première fois de ma vie.

Enquêtrice : Si si, ça existe. C'est très répandu aux États-Unis et en Angleterre, c'est une des principales méthodes de contraception dans les couples qui ont eu leurs enfants.

Colin : Sans blague ?

Enquêtrice : Mais pas en France. C'est très très peu répandu en France.

Colin : C'est dingue. Ouais, c'est une manière de dire... « On est ensemble pour la vie, je referai pas une autre famille après ». Y'a plusieurs façons de voir les choses, ouais. Bah non, moi non.

Passé l'étonnement, Colin souligne de manière très réflexive ce que démontre Laurence Charton dans ses recherches sur le sujet, à savoir qu'au Canada où elle l'étudie, la contraception définitive est une pratique qui renforce une vision normative de la famille. Elle encourage en effet un idéal de famille à deux enfants (garçon et fille), qu'il faut avoir au bon âge et à qui il faut assurer un cadre familial « stable ». Au contraire, les représentations françaises vont plutôt dans le sens de la possibilité de reconstruire un nouveau foyer familial en cas de séparation (Charton 2014), ce que confirme Colin en ajoutant qu'il préfère « garder les options ouvertes » (alors même qu'il a affirmé ne pas vouloir d'enfants).

Néanmoins, dans quelques cas la vasectomie peut apparaître comme une option envisageable. C'est le cas pour certains enquêtés, très renseignés ou militants, comme Jacob⁵¹, qui se juge trop jeune, mais pour lequel c'est quelque chose « qui est faisable et qui est très bien » car son père l'a fait ; ou encore pour Geoffrey⁵² :

Pour moi c'est déjà réglé, je sais que à un certain âge je ferai une vasectomie, ça me semble une alternative qui est intéressante. (petit rire) C'est pas tout de suite, mais aux alentours de la quarantaine, je pense que non... Une fois que je serai sûr de plus vouloir d'enfants, ça me pose aucun souci, moi, de me faire stériliser. Enfin, stériliser, ouais,

⁴⁸ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule, mais l'oublie souvent ; préservatifs).

⁴⁹ Sur la menace pour leurs capacités sexuelles que peuvent ressentir les hommes confrontés à cette méthode, voir l'étude sur le Mexique de Gutmann (2007).

⁵⁰ Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁵¹ Doctorant, 26 ans, célibataire (préservatifs).

⁵² Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

la vasectomie quoi. [...] Moi je sais, j'ai le recul, je vois que ça change rien et c'est pas nocif pour la santé, la vasectomie, donc autant que ce soit moi qui intervienne à ce niveau-là, comme ça après plus personne n'a à faire particulièrement attention à quoi que ce soit, donc bon. C'est la solution qui me semble moi la plus simple, et puis, *a priori* ma femme elle a l'air d'être plutôt partante pour cette solution-là, donc... [...] Parce que finalement, si c'est encore une fois à la femme de se faire ligaturer les trompes, ou poser les Essures⁵³... Bon, c'est toujours, c'était une sorte d'un prêté pour un rendu, quoi.

Le fait que Geoffrey soit sage-femme n'est pas anodin : il souligne d'ailleurs bien qu'il a du « recul » sur la méthode. Ce qui est également intéressant est le fait qu'il considère qu'il s'agit d'une forme de « contre-don » envers sa femme, qui s'occupe actuellement de la contraception. On trouve la même idée chez Odile⁵⁴, dont le conjoint a fait une vasectomie :

Ça a été, oh, j'ai eu un accouchement tellement horrible que j'ai dit « J'aurai plus jamais d'enfants », et puis là de nouveau j'ai rien pris, et après j'ai eu un deuxième enfant, par césarienne parce que le premier ça avait été trop épouvantable, et là, mon mari a dit « C'est moi qui vais prendre en charge la... le non-enfant ». [...] Oui, il a fait une mini opération qui supprime l'arrivée des spermatozoïdes. Je sais plus le nom de ce truc ! (petit rire) Bref. [...] Parce que il a vu que j'avais eu la césarienne et tout ça, il m'a dit « Tu as porté les enfants, tu as eu une césarienne, ça suffit ».

Ainsi, c'est dans le cadre d'une « prise en charge » qui s'apparente bien à une forme de contre-don, après les grossesses difficiles et la césarienne d'Odile, que la vasectomie devient envisageable.

Mais le principal problème de la vasectomie est sa difficulté d'accès, du fait de son manque d'institutionnalisation et de soutien du corps médical et, donc, de la difficulté potentielle à trouver un-e médecin acceptant de faire l'opération. En effet, les femmes peuvent se référer à des sites⁵⁵ listant les soignant-e-s prescrivant ou pratiquant certaines formes minoritaires de contraception médicale. Mais pour les hommes, surtout jeunes et sans enfants, les listes de médecins acceptant de pratiquer la vasectomie sont plus difficiles à trouver⁵⁶, ce qui peut être un frein considérable. Le cas de Christophe⁵⁷, seul enquêté à y avoir eu recours, permet d'illustrer ce manque d'institutionnalisation de la pratique :

Alors, j'ai fait faire une vasectomie y'a... deux ans ? Oh, déjà, bon dieu ! Y'a deux ans. Voilà. Ça lui évite comme ça de prendre une contraception... En plus j'ai toujours la trouille qu'elle tombe enceinte parce que vraiment [le fait d'être très fertile]... C'est vraiment une calamité ! (rires) [...] Je me suis dit « Mais attend... Moi je veux plus d'enfants, c'est sûr... » Voilà, une vasectomie c'est quand même que dalle, quoi, c'est pas... Une intervention abdominale. En plus elle est médecin généraliste aussi, elle fait

⁵³ Méthode de stérilisation féminine qui consiste à poser deux micro-implants dans les trompes de Fallope. Utilisée de 2002 à 2017 en France, elle a ensuite été interdite et est au cœur d'un scandale sanitaire dû à ses effets secondaires.

⁵⁴ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

⁵⁵ Comme Gyn&co : <https://gynandco.wordpress.com/>, consulté le 3 mai 2017.

⁵⁶ Le médecin militant Martin Winckler tient à jour sur son site une liste des praticien-ne-s pratiquant la stérilisation féminine, mais pour trouver celle qu'il mentionne et qui regroupe les médecins pratiquant la vasectomie il faut être accepté dans un groupe Facebook fermé où elle est hébergée. Il s'intitule « Stérilisation Volontaire (Ligature, Essure, Vasectomie) » et regroupait 8 325 membres au 23 mai 2019. Les témoignages et échanges de conseils y sont très nombreux également, mais principalement entre femmes.

⁵⁷ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

beaucoup de gynécologie, et elle propose... Justement, on parlait beaucoup d'Essure, et de la stérilisation chez les femmes...

Ici, c'est parce qu'en tant que médecin – et mari d'une médecin spécialisée dans ces questions – Christophe était déjà informé de la possibilité de la vasectomie qu'il a proposé d'y avoir recours. L'écart d'âge de 20 ans qu'il a avec sa seconde femme, avec laquelle il a eu récemment deux enfants très rapidement, joue aussi un rôle : « ça m'évite d'avoir d'autres enfants, et elle ça lui évite d'avoir une contraception pendant vingt ans ». Or la vasectomie de Christophe s'est finalement mal passée : son urologue a « voulu faire une expérimentation qui n'a pas très bien réussi » et il a « dérouillé » et eu du mal à marcher pendant plusieurs mois. Néanmoins, il reste très positif quant à cette opération (tout en précisant : « je lui ai dit [à l'urologue] d'abandonner cette nouvelle technique opératoire »). C'est son statut de pionnier qui lui permet de considérer de manière positive ce qui est une forme d'échec, tout comme les militantes féministes trouvaient négligeables les effets pourtant parfois lourds des premières pilules contraceptives sur leur santé.

Lorsqu'elle est envisagée ou pratiquée, la vasectomie semble l'être sur des hommes particulièrement informés, et qui mettent en avant la prise de responsabilité qu'elle représente – et son aspect médical plutôt que ses conséquences sur la sexualité. Une étude néo-zélandaise sur la question souligne ainsi que plutôt que de remettre en cause la répartition genrée de la charge contraceptive, de tels discours peuvent, en insistant sur le fait que les hommes font quelque chose de « spécial » en ayant recours à la vasectomie, plutôt aller dans le sens d'un renforcement de l'évidence de cette répartition genrée – tout en leur donnant le « beau rôle » (Terry et Braun 2011). Ainsi, cette pratique minoritaire ne remet pas en cause les rôles de genre majoritaires en ce qui concerne la contraception.

Cependant, la vasectomie a le désavantage d'être une méthode définitive, ce qui la rend inenvisageable pour beaucoup d'hommes pendant toute une partie de leur vie. C'est à partir de ce constat que s'est créé dans les années 1970 l'ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine), qui revendiquait 200 membres en 1979⁵⁸ et visait à trouver une alternative au préservatif masculin pour parvenir à un investissement des hommes dans la contraception. Sans revenir sur le détail du développement de cette association, on peut indiquer que selon Gilbert⁵⁹, qui en a fait partie dès les années 1970, elle promouvait deux méthodes : d'une part une méthode hormonale (« un ou deux comprimés par jour » et une crème ou un gel à appliquer sur le corps quotidiennement), qui est celle qu'il a utilisée, et d'autre part une méthode thermique, connue sous le nom de « slip chauffant » ou « RCT » pour « remonte-couilles toulousain » (le médecin l'ayant développé, l'andrologue Roger Miousset, est basé à Toulouse). Ce dernier, qui est un sous-vêtement laissant ressortir le sexe et le scrotum mais maintenant les testicules dans le corps, à la température de

⁵⁸ Source : <http://www.contraceptionmasculine.fr/historique-dardecom/>, consulté le 15 janvier 2019.

⁵⁹ Cadre, 61 ans, en couple, deux enfants (membre de l'Ardecom).

celui-ci, doit être porté au moins 15 heures par jour, ce qui empêche la spermatogenèse⁶⁰. Si la seconde méthode existe encore, la première a aujourd'hui été remplacée par une injection hebdomadaire⁶¹, méthode « testée par l'OMS, sur plus de 1000 couples » selon Gilbert. Néanmoins, l'utilisation de ces méthodes reste tout à fait anecdotique quantitativement. La tentative d'industrialisation du « slip chauffant » faite par Roger Mieusset, son inventeur et promoteur, a, selon Gilbert, échoué faute de financements, car il n'y a pas de demande. De son côté, Gilbert s'est contracepté pendant les années 1970-1980, de 25 à 30 ans environ, même si les dates exactes restent floues : « je me souviens pas quand j'ai commencé, quand j'ai arrêté, précisément ». Il a ensuite arrêté la contraception pour avoir un enfant avec sa compagne, qui s'est fait poser un DIU après la grossesse. Comme on a pu le voir avec la vasectomie, il souligne que cela pouvait valoir aux hommes des profits symboliques :

Le point on peut dire négatif, c'est que on s'est rendu compte aussi que c'était un outil de séduction. Je veux dire... « Moi je suis un mec qui me contracepte », voilà ça... Ça a quelque chose qui... On dit « Bah voilà », ça peut être utilisé comme instrument de drague, hein ! Y'a ça et d'ailleurs quand on était allé au Québec, on a rencontré des groupes [militants] de femmes et [...] on s'est rendu compte qu'on séduisait beaucoup, et je crois qu'on a tous eu, dans ce voyage au Québec, des relations avec des femmes des groupes femmes là-bas. Très féministes, très branchées...

Ainsi, les vellétés masculines de prise en charge de la contraception sont porteuses de profits qui, plutôt que de renverser l'ordre du genre, soulignent l'exceptionnalité de ce qui apparaît comme un « sacrifice » masculin. En prenant à leur charge une tâche « féminine », ces hommes pourvus en capital culturel et appartenant majoritairement à des milieux militants, en particulier féministes (comme en témoigne le fait que Gilbert considère comme un « point négatif » cet effet annexe) ne bradent pas leur virilité, mais, au contraire, performant une masculinité valorisée par leurs compagnes.

Le peu de développement de ces méthodes en France confirme cependant la féminisation de la responsabilité contraceptive. Les échecs de l'ARDECOM appuient les conclusions selon lesquelles si les *besoins* de contraceptifs masculins augmentent (du côté des gouvernements et plus généralement des pouvoirs publics, des médias ou encore de quelques féministes), ce n'est pas le cas de la *demande* en la matière de la part des premiers concernés : les hommes (Oudshoorn 1999, p. 145). Des formes d'implications masculines penchant du côté médical de la contraception sont possibles, mais elles demeurent limitées et relativement rares.

Ainsi, tant l'encadrement médical de la contraception hormonale, du DIU et des stérilisations que la manière dont les enquêtés en rendent compte témoignent d'une féminisation de la contraception et d'une invisibilisation générale de la sexualité dans les représentations de ces

⁶⁰ Pour plus d'explications, voir en ligne : <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/>, consulté le 15 janvier 2019.

⁶¹ Pour plus de détails, voir en ligne : <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-hormonale/>, consulté le 15 janvier 2019.

contraceptifs. On peut néanmoins se demander ce qu'il en est dans l'utilisation effective de ces derniers, et en particulier ce qu'ils font à la sexualité des femmes, qui en sont les premières utilisatrices.

2 Identifier des « effets secondaires » pour construire un corps « naturel »

Si les méthodes médicales de contraception nécessitent une prise en charge féminine tant en ce qui concerne les aspects cognitifs et logistiques, voire financiers, qu'en ce qui concerne la charge mentale, une autre forme de travail va également de pair avec leur utilisation. C'est celle qui concerne l'identification des « effets secondaires » de ces méthodes, que l'on peut également qualifier d'« effets annexes » et dont seulement certains sont des « effets indésirables ». L'identification de ceux-ci repose sur le fait que la médicalisation de la contraception, en s'appuyant sur « une description technique du fonctionnement sexuel ainsi que des dysfonctions » (Bozon 2018b, p. 324) va en effet de pair avec une manière particulière de parler de son corps et de sa sexualité. Cela peut entraîner le développement d'une « réflexivité fonctionnelle et technique » (*Ibid.*) sur ces sujets, amenant à les analyser, s'interroger dessus et chercher à les mettre à distance.

La pilule constitue pour la majorité des individus une « révolution » : selon Fecond 2013, 94 % des femmes considèrent ainsi qu'elle « a été une vraie révolution dans la vie des femmes » et 77 % des hommes « une vraie révolution dans la vie des hommes⁶² ». Si la majorité est très large dans les deux cas, on voit qu'elle reste plus associée à un changement profond de la condition des femmes que de celle des hommes. La pilule représente une forme de « liberté » largement reconnue par les femmes – et si, selon Fecond 2013, ce sont les jeunes femmes de 25-29 ans qui adhèrent le moins à cette idée, elles sont tout de même 90 % à être d'accord. C'est en fait la remise en perspective historique qui peut amener à valoriser le caractère émancipateur de la pilule, qui n'a pas nécessairement été questionné en amont et semble « normal » :

Enquêtrice : Et la pilule ça représente quoi ?

Pauline⁶³ : ... Pas grand-chose, euh... Peut-être... Ouais si quand je vois que avant la pilule, c'était pas autorisé, je me dis que... (rire) Du coup peut-être un peu de... ouais de tranquillité, et d'émancipation quoi. En fait du coup ça me semble, ça me semble normal, mais quand j'y réfléchis, je me dis qu'un monde où j'ai pas le droit à la pilule, ce serait un monde affreux, où on ferait l'amour en tremblant quoi, où on aurait trop peur... Ouais.

Pauline n'a jamais « fait l'amour en tremblant », et c'est en réfléchissant à ce qu'aurait pu être sa vie qu'elle met au jour la « tranquillité » que lui apporte la pilule. C'est ce que soulignent bien d'autres enquêtées du même âge, comme Camille⁶⁴, pour laquelle la pilule ne posait à l'origine pas problème car

⁶² La question n'a été posée aux femmes que de savoir si elle constituait une « vraie révolution » pour elles-mêmes et, de la même manière, les hommes n'ont eu à répondre que pour eux-mêmes.

⁶³ Étudiante, 23 ans, en couple (préservatifs).

⁶⁴ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

dans ses représentations, c'était « la liberté ». Cette idée d'une pilule révolutionnaire et libératrice reste largement répandue dans les discours.

Cette interprétation peut néanmoins s'avérer problématique lorsque l'expérience faite par les femmes ne correspond pas à cette image, comme c'est le cas pour Nolwenn⁶⁵ :

Le fait de prendre ce tout petit cachet, ça me... j'avais pas l'impression d'avoir une contraception. Donc psychologiquement je me disais « Bah en fait tu fais rien du tout ». Du coup ça me stressait, j'attendais mes règles j'avais les chocottes, et en fait c'était pas du tout une libération pour moi, contrairement à ce que toutes mes copines me disent.

Le « tout petit cachet » n'a pas l'effet escompté de « libération », mais au contraire lui semble moins fiable que le préservatif. On trouve également une dénonciation plus franche de ce caractère libératoire par certain·e·s utilisatrices/teurs de méthodes non médicales de régulation des naissances :

Marie-Bénédicte⁶⁶ : Je pense que maintenant, les scandales de pilule, ça va peut-être libérer des femmes, qui vivaient des choses difficiles, et on leur disait « Mais non ! C'est très bien la pilule ». Et on faisait pas forcément le lien, et... Certaines faisaient le lien, mais toutes ne le faisaient pas, hein.

Émeline⁶⁷ : On leur a foutu la pilule pour pas qu'elles aient d'enfants, qu'elles perdent en fertilité, etc., qu'elles puissent travailler comme des hommes parce que la pilule t'as moins mal aux règles, normalement hein, parce que c'est vrai que moi y'a des fois je suis pliée en deux, mais c'est une douleur saine ! [...] Donc voilà, c'était aussi pour que les femmes elles aillent au boulot, qu'est-ce qu'on fait des enfants, bah on les met à l'école plus tôt ! Voilà. C'est ça la libération de la femme.

Dans les deux cas, le consensus sur une pilule libératrice est dénoncé par les enquêtées, qui soulignent pour la première qu'il est nécessaire de faire attention aux effets secondaires négatifs de la pilule, et pour la seconde qu'en encourageant le travail salarié des femmes, la contraception moderne les a éloignées de douleurs « saines », mais surtout de leurs enfants. Or, comme elle le dit ensuite : « pour moi, le plus gros bonheur, ce serait, si je fais mes enfants, d'être seule à la maison avec eux, et je m'en occupe à donf⁶⁸ quoi ! Et le plus longtemps possible ! ». C'est donc à partir d'un discours essentialisant le rôle des femmes, et les ramenant en particulier à la maternité, que la pilule est ici dénoncée. Le principal angle de remise en cause de la pilule demeure néanmoins la mise en évidence d'« effets secondaires » préjudiciables aux femmes, comme on a pu le voir avec la « crise de la pilule » de 2012-2013⁶⁹ (Bajos et al. 2014).

⁶⁵ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

⁶⁶ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

⁶⁷ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (sympto-thermie et diaphragme puis préservatifs).

⁶⁸ « À donf » est le verlan pour l'expression « à fond ».

⁶⁹ Pour une réflexion plus poussée sur cette question et ses implications en termes de politiques publiques, voir la thèse de Mylène Rouzaud-Cornabas : « “Alerte à la pilule”. Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre ».

Qu'ils s'agissent de représentations positives ou négatives de la pilule ou de la contraception médicale en générale, cela ne nous renseigne que peu sur les effets concrets de ces méthodes. Il faut donc s'intéresser à ces « effets secondaires » de manière générale et aux discours qui les entourent et qu'ils suscitent.

2.1 Contrôler sa fécondité au détriment de son « corps naturel » ?

Les méthodes hormonales de contraception ont, depuis leur mise au point, provoqué des « effets secondaires » – négatifs ou positifs – chez certaines des femmes les utilisant (voir chapitre 5). La parution en avril 2019 d'une tribune intitulée « Marre de souffrir pour notre contraception⁷⁰ » et dénonçant ces « effets indésirables » rappellent encore une fois leur poids pour les femmes. Dans la mesure où la majorité des femmes utilisent dès l'adolescence une méthode médicale de contraception, il peut néanmoins être difficile de distinguer de tels « effets ». Par ailleurs, le terme même « d'effets » implique l'idée d'un corps « naturel » qui serait influencé par un élément extérieur : or cette rhétorique d'un retour à un « corps naturel » n'est utilisée que dans certains cas.

Fecond 2013 nous permet d'avoir des données concernant la déclaration des effets d'un moyen de contraception sur la santé (« Pensez-vous que cette méthode a des effets, qu'ils soient positifs ou négatifs, sur votre santé ? »).

Tableau 14. Effets déclarés par les femmes de leur méthode de contraception sur leur santé (en %)

	Aucun effet	Plutôt négatifs	Plutôt positifs	Les deux	Total
Pilule	58	20	7	16	100
Autres méthodes hormonales	71	12	6	11	100
DIU	71	9	13	7	100
Stérilisation	62	6	27	5	100
Préservatif (masculin et féminin)	73	2	19	6	100
Abstinence périodique	67	2	25	6	100
Retrait	53	3	35	9	100
Ensemble	65	11	14	10	100

Champ : femmes de 15 à 49 ans utilisant une contraception.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

On voit ici que la pilule est le moyen de contraception pour lequel des effets sur la santé sont le plus fréquemment déclarés. Mais surtout, c'est pour elle que des effets négatifs sont enregistrés le plus souvent de la part des femmes utilisatrices : un peu plus d'un tiers des cas (en additionnant les femmes déclarant des effets négatifs avec celles qui déclarent des effets négatifs et positifs). Elle est suivie de près par les autres méthodes hormonales (près d'un quart des utilisatrices déclarant des effets négatifs),

⁷⁰ Source : https://www.liberation.fr/debats/2019/04/02/marre-de-souffrir-pour-notre-contraception_1718931, consulté le 13 mai 2019.

puis par le DIU (17 % des utilisatrices) ; mais pour ce dernier, les effets positifs atteignent 13 %. Pour toutes les autres méthodes, les effets positifs sur la santé excèdent largement les effets négatifs.

Une part non négligeable des femmes utilisatrices de méthodes hormonales ressent donc des effets négatifs sur sa santé. Ceux-ci sont parfois signalés par les prescripteurs/trices et sont indiqués sur les notices, comme ici pour les « effets fréquents » de la pilule Leeloo :

Fréquemment : inflammation ou candidose vaginale, nausées, vomissements, tension des seins, jambes lourdes, troubles des règles, saignements entre les règles, prise de poids, acné, modification de l'humeur ou de la libido, irritabilité, nervosité, étourdissement, maux de tête, migraine. Ces effets sont variables d'une femme à l'autre, et peuvent être un facteur de changement de pilule⁷¹.

Ces effets possibles sont nombreux et divers et leur acceptabilité, lorsqu'ils sont négatifs, est d'autant plus réduite que la contraception hormonale n'est pas un médicament visant à soigner et qu'elle s'adresse donc à des femmes majoritairement en bonne santé.

Détecter ces effets, les associer à la prise de contraception, reprendre rendez-vous et demander une nouvelle contraception, la tester également quelque temps – toute cette trajectoire médicale représente une autre forme de travail féminin, lorsque trouver une contraception adaptée pose problème. Certaines enquêtées peinent à identifier une contraception leur convenant et la dénonciation des « effets secondaires » des contraceptifs hormonaux est souvent mobilisée pour expliquer le passage d'une méthode à l'autre. Mais le discours vis-à-vis de ceux-ci peut être très variable et impliquer des représentations différentes de la « nature » du corps féminin. Deux enquêté-e-s témoignent de manière particulièrement claire d'une première modalité, où les hormones dérangent une « nature » préalable parfaitement fonctionnelle :

Jeanne⁷² : J'ai essayé la progestérone, et j'ai pas du tout supporté, j'ai essayé une pilule microdosée, une pilule macro-dosée, et c'était abominable, c'est-à-dire que j'ai eu une irruption d'acné dans tout le visage, tout le dos... toute la poitrine, etc. (sourires) C'est-à-dire que j'ai retrouvé mon acné de quand j'avais 16 ans, qui était insupportable. Qui me gâchait la vie, donc c'était vraiment pas possible. J'avais des céphalées tout le temps. C'est-à-dire six-sept heures par jours, et c'était impossible de les soulager, c'était abominable. Et j'étais déprimée, donc c'était pas possible la progestérone.

Flora⁷³ : Je pourrais pas vous lister tout au fur et à mesure, en fonction des prises de pilule, mais j'en ai testé... Alors, Minidrill, Adépal, Trinordiol... Cérazette et Carlin 20... ou 30 je crois, euh... Le problème c'est que à chaque fois je crois j'avais des effets secondaires, du coup c'était des maux de tête en permanence [...], la première m'a fait prendre deux tailles de soutien-gorge en l'espace de 10 jours, c'était insupportable, avec Cérazette j'avais de l'acné, les cheveux gras, j'étais en pleine dépression... [...] Avec la dernière pilule, Carlin 20, je sais que je saignais à peu près

⁷¹ Source : <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp4392-LEELOO.html>, consulté le 5 février 2019.

⁷² Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

⁷³ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

n'importe quand... [...] C'était pas très agréable d'avoir toujours ou un tampon, des serviettes et puis de pas savoir quand j'allais saigner, n'importe quand, que ce soit pendant les rapports ou n'importe quel moment de la plaquette.

Ce qui transparaît dans ces deux extraits, comme dans de nombreux autres, c'est le fait que les pilules essayées, même si elles permettent de maîtriser la fécondité, entraînent dans le même temps une forme de perte de contrôle totale sur son corps, voire sur son humeur. Concernant le corps, la rapidité des changements observés revient régulièrement (« deux tailles de soutien-gorge en l'espace de 10 jours »), ainsi que le retour en arrière que ces changements peuvent provoquer (« mon acné de quand j'avais 16 ans »). Sur leurs corps de femmes, qu'elles sont appelées à maîtriser et à faire correspondre à des critères de beauté normés, la pilule provoque ainsi des effets incontrôlables, négatifs (acné, prise de poids, cheveux gras) et qui peuvent renvoyer à l'adolescence – période où justement ce contrôle du corps n'est pas encore acquis, celui-ci étant dans une phase de transformation. Mais les corps ne sont pas les seuls touchés : les maux de tête apparaissent ainsi comme des obstacles au reste des activités sociales, de même que les « sautes d'humeur » et la « dépression », qui dépossèdent de son rapport à celui-ci.

Les contraceptions hormonales ne sont pas les seules susceptibles d'avoir des effets négatifs : c'est également le cas du DIU au cuivre. Les effets de celui-ci sont néanmoins plus circonscrits : il s'agit principalement d'une augmentation des saignements ainsi que, comme l'explique Carine⁷⁴, de douleurs :

La pause [du DIU au cuivre] c'était pas une partie de plaisir, mais c'est après, j'avais des douleurs tout le temps. Même pendant le cycle, hors cycle, puis vraiment des douleurs handicapantes, donc... Mon corps aimait pas trop ça, quoi. Donc j'ai laissé, j'ai dû le laisser trois mois, je lui ai laissé sa chance pendant trois cycles, et puis après j'en pouvais plus hein, je l'ai fait retirer ! Un matin y'a des crampes qui m'ont pris alors que j'étais en train de conduire, j'ai dit « Ah, c'est dangereux, je peux pas garder ça quoi ». Voilà.

Les douleurs sont devenues non seulement « handicapantes », mais également « dangereuses » pour elle, d'où la nécessité de trouver un nouveau moyen de contraception. Là encore, on voit que la contraception médicale se met en travers non seulement de la vie sociale, mais bien du fonctionnement du corps en lui-même (« mon corps aimait pas trop »).

Si ces effets secondaires peuvent être une raison d'abandon des méthodes médicales, cela peut également, dans de rares cas, amener à refuser de les utiliser, comme le fait Marjorie⁷⁵, qui surveille son cycle et utilise des préservatifs depuis le début de sa vie sexuelle. Elle n'a jamais vu de gynécologue, de médecin ou de sage-femme pour évoquer la contraception :

Les pilules qui rendent irritables, qui font grossir, j'ai pas besoin de ça. Euh, les DIU qui sont douloureux, euh, la pose du truc, qui est pas toujours réjouissante, enfin c'est... Voilà, je préfère comme je suis. Ce qui m'a rendu 108 kilos au lieu de 50, j'ai plus que doublé mon poids, c'est un médicament [pour la bipolarité]. Je suis assez

⁷⁴ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

⁷⁵ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

sensible à certains médicaments, et j'ai peur qu'une pilule me fasse grossir un peu plus.

C'est bien la crainte de ne plus maîtriser un corps dont elle a déjà l'impression d'avoir été dépossédée par la prise de médicaments que Marjorie exprime ici : la peur d'éloigner encore un peu plus son corps de sa « nature » première.

La présence d'effets secondaires négatifs qui viennent perturber le rapport des femmes à elles-mêmes et le fonctionnement « naturel » de leurs corps apparaît problématique. C'est peut-être particulièrement le cas alors que de nombreux discours sociaux et médiatiques insistent sur la nécessité de se « trouver soi-même », dans une perspective de développement personnel (Marquis 2014), ainsi que sur la responsabilité individuelle que chacun·e porte en ce qui concerne à la fois son corps et ses actions, sans tenir compte des déterminants sociaux qui influent le premier comme les secondes.

Néanmoins, si l'on s'en tient aux méthodes hormonales, les effets secondaires identifiés par les femmes peuvent également être considérés comme positifs ; ce qui implique une nouvelle représentation du corps. Selon Fecond 2013, 10 % des utilisatrices de méthodes hormonales déclarent utiliser leur contraception car elle a des effets (qu'on imagine positifs) sur la peau ; surtout, 57 % de ces mêmes utilisatrices déclarent utiliser ces méthodes car elles ont des effets sur les règles (chiffre également élevé, 53 %, pour celles qui ont un DIU⁷⁶). La pilule peut ainsi être utilisée pour des usages détournés et en particulier, pour réguler les règles ou diminuer l'acné lors de l'adolescence, comme en témoignent de nombreuses enquêtées, dont Jeanne⁷⁷ :

À ce moment-là [à 19 ans] j'ai commencé à prendre la pilule. J'avais déjà été chez une gynécologue avant pour des problèmes d'acné essentiellement, donc je prenais déjà la pilule, mais cette fois-ci j'ai eu une pilule à visée contraceptive, et pas seulement pour l'acné.

On voit ici, dans le discours de Jeanne, une déconnexion des visées dermatologique et contraceptive de la pilule : la première pilule qu'elle prend est ainsi présentée comme étant « seulement pour l'acné ». Cette mise en avant d'effets positifs de la contraception rejoint l'analyse faite par Elizabeth Watkins, selon laquelle le marketing autour de la pilule s'est largement modifié entre les années 1960 et les années 1990, l'aspect contraceptif passant complètement au second plan au profit d'une présentation de la pilule en tant que « *lifestyle drug* », terme désignant un médicament visant à améliorer la qualité de vie :

Ces nouvelles campagnes publicitaires mettent l'accent sur les effets secondaires des contraceptifs oraux – traiter des problèmes moins graves comme l'acné ou le trouble dysphorique prémenstruel, diminuer la fréquence des règles – plutôt que sur son indication première, à savoir la prévention des grossesses. Ce basculement d'un

⁷⁶ L'enquête Fecond 2013 ne distingue pas entre DIU au cuivre et DIU hormonal, ce qui empêche de faire des hypothèses plus avancées sur ce chiffre. En effet, ces deux DIU ont des effets potentiels inverses sur les règles : le premier est susceptible de les rendre plus abondantes, plus longues et plus douloureuses, quand le second, quand il est bien supporté, peut les faire disparaître (voir *infra*).

⁷⁷ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

contrôle de la fécondité vers un contrôle des boutons, de l’humeur et du cycle menstruel témoigne du choix fait par les industries pharmaceutiques en faveur de ce qui relève du style de vie plutôt que de la contraception en elle-même. Plutôt que des innovations scientifiques, ce sont ainsi des décisions marketing qui ont guidé ces dernières années le développement et le positionnement de la nouvelle génération de produits contraceptifs⁷⁸. (Watkins 2012, p. 1464)

Ce sont désormais les effets annexes de la pilule qui sont mis en avant plutôt que son efficacité contraceptive – et c’est autour de ces effets, et non de la recherche d’un nouveau contraceptif, que se concentrent les recherches. Ici, le corps « naturel » est vu au contraire, par l’industrie pharmaceutique et par les utilisatrices, comme initialement défaillant.

L’analyse des effets secondaires des méthodes hormonales permet de mettre au jour des représentations différenciées du « corps naturel », qui peut être vu soit comme devant être sauvegardé, soit au contraire comme devant être amélioré. Lorsque les effets secondaires sont considérés comme négatifs, la contraception est vue par les femmes comme un instrument de dépossession de la maîtrise de leurs propres corps, voire d’une maîtrise plus générale d’elles-mêmes. Lorsqu’au contraire ils sont positifs, elle est au contraire considérée comme permettant d’améliorer les conditions de vie, ce qui peut faire passer au second plan son but premier – avoir des rapports sexuels pénétratifs sans risquer une grossesse. Mais le rapport au corps n’est pas le seul enjeu dans la prise d’une contraception.

2.2 Des dispositifs internes qui créent une réflexivité attentive sur la sexualité

Comme c’était le cas dans la période précédente, le rôle de la contraception médicale dans la possibilité d’une sexualité « épanouie » n’est pas absent des représentations contemporaines. Selon l’enquête Fecond 2013, un peu plus des deux tiers des femmes comme des hommes considèrent que « la pilule permet aux femmes d’avoir une sexualité plus épanouie ».

Tableau 15. Accord avec l’affirmation « la pilule permet aux femmes d’avoir une sexualité plus épanouie » en fonction du sexe et de l’âge (en %)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Ensemble
Sexe	F H	F H	F H	F H	F H	F H	F H	F H
Tout à fait/plutôt d’accord	65 73	57 63	55 61	59 64	67 67	69 72	75 74	64 68
Plutôt pas/pas du tout d’accord	31 22	41 31	42 28	37 30	30 24	27 22	22 20	33 25
Ne se prononce pas	4 5	2 6	3 11	4 6	3 9	4 6	3 6	3 7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Champ : homme et femmes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

⁷⁸ “These new advertising campaigns emphasized the secondary effects of oral contraceptives – to treat less-serious conditions such as acne and premenstrual dysphoric disorder and to reduce the frequency of menstruation – rather than the primary indication for the prevention of pregnancy. This shift from control of fertility to control of pimples, moods, and the menstrual cycle indicates that pharmaceutical manufacturers chose to emphasize lifestyle options more than contraception for its own sake. Marketing decisions, rather than scientific innovations, have guided the development and positioning of next-generation contraceptive products in recent years.”

Quel que soit l'âge, on remarque deux choses : d'abord, que ce sont généralement les hommes qui adhèrent le plus avec cette idée d'une sexualité des femmes plus épanouie grâce à la pilule ; ensuite, qu'ils sont également les plus nombreux à ne pas avoir d'avis sur la question, sans doute parce que ce n'est pas de leur propre sexualité qu'il est question. L'analyse de l'âge dévoile également des écarts intéressants, alors même que tous les individus interrogés ont grandi avec la pilule⁷⁹. Parmi les femmes les plus âgées (45-49 ans), les trois quarts sont d'accord avec l'affirmation proposée, alors que chez celles qui ont vingt ans de moins c'est seulement un peu plus de la moitié. S'il est difficile ici de distinguer un effet d'âge d'un effet de génération, on peut faire l'hypothèse que le contexte de la crise de la pilule a eu un écho particulièrement fort pour les jeunes femmes qui prenaient la pilule depuis quelques années et ont pu avoir une réaction de rejet de celle-ci. Néanmoins, il faut insister sur le fait que quel que soit l'âge ou le sexe, la pilule apparaît toujours majoritairement comme le facteur d'une sexualité plus épanouie.

Malgré cela, l'idée que les hormones de synthèse utilisées dans les contraceptifs auraient des effets négatifs sur la « libido » est également assez répandue pour faire régulièrement l'objet d'articles de presse⁸⁰, sans pour autant que des réponses tranchées soient apportées. Si certaines femmes déclarent ressentir des effets des méthodes hormonales sur leur plaisir, mais surtout sur leur désir sexuel, peut-on pour autant en déduire une causalité directe entre hormones de synthèse et désir ? Comment comprendre les liens entre ces dispositifs médicaux internes au corps des femmes et leur sexualité ?

2.2.1 La difficile isolation des effets des méthodes hormonales sur la libido féminine

La baisse de désir possible apparaît dans les « effets indésirables » des contraceptifs hormonaux, qu'il s'agisse de la pilule, de l'implant, de l'anneau vaginal, etc. Pour la pilule Triafemi⁸¹, les « modifications de la libido (modification du désir sexuel) » font par exemple partie des « effets indésirables ne nécessitant pas d'arrêter le traitement ». Mais de tels effets peuvent être difficiles à mentionner face à un-e professionnel-le de santé, avec qui l'évocation de la sexualité, et en particulier du plaisir, est potentiellement problématique (Guyard 2010). C'est d'autant plus le cas que ces effets sont, comme on l'a vu, difficiles à identifier. Fecond 2013 nous permet néanmoins d'évaluer l'ampleur de leur perception par les femmes (pour des tableaux récapitulant les effets déclarés sur le plaisir et le désir des hommes et des femmes des différentes méthodes, voir les tableaux E1 et E2 en annexe E).

⁷⁹ Légalisée par la loi Neuwirth en 1967, la pilule était accessible au moment de leur entrée dans la vie sexuelle pour toutes les personnes interrogées en 2013 (ayant entre 15 et 49 ans, donc nées entre 1964 et 1998).

⁸⁰ Pour citer deux exemples récents, *Le Figaro Santé*, 26 mars 2018 (<http://sante.lefigaro.fr/article/la-pilule-nuit-elle-a-la-libido-/>) ; *Le Journal des Femmes Santé*, 24 janvier 2019 (<https://sante.journaldesfemmes.fr/genital-urinaire/2404280-pilule-et-baisse-de-libido-une-simple-idee-recue/>).

⁸¹ Source : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68322762&typedoc=N>, consulté le 7 février 2019.

Tableau 16. Effets de la méthode contraceptive utilisée sur le désir d'avoir des rapports sexuels pour les femmes (en %)

	Plutôt positif	Plutôt négatif	Pas d'effet	Total
Stérilisation	11	5	84	100
DIU	15	4	81	100
Pilule	11	9	80	100
Autres méthodes hormonales	17	5	78	100

Champ : femmes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

La très large majorité des femmes ne déclare aucun effet sur leur désir et l'on voit que, pour celles qui le font, ce sont majoritairement des effets positifs sur le désir que l'on peut distinguer. Ceux-ci sont liés par exemple à la fiabilité de la méthode, qui permet d'avoir des rapports sexuels à tout moment sans craindre une grossesse. La pilule est la méthode enregistrant le plus d'effets négatifs, mais ceux-ci demeurent inférieurs à 10 %. Néanmoins, il est difficile de conclure à partir de tels chiffres bruts, qui ne prennent pas en compte des éléments pouvant influencer sur le désir comme l'âge et la position dans le cycle de vie, le fait d'être en couple, la durée de la relation, la présence, le nombre et l'âge des enfants, la méthode utilisée précédemment, les conditions de travail, etc. Afin d'essayer de déterminer ce qu'il en est, il faut donc s'intéresser aux études qui ont été menées sur ce sujet précis à partir de différentes enquêtes internationales et, en France, de Fecond 2010.

Quelques recherches se sont penchées de manière précoce sur la question de l'effet des hormones sur le désir et le plaisir féminin (Graham et al. 1995, qui rend compte d'un des rares tests cliniques avec un tiers de placebo sur des femmes stérilisées ou dont le compagnon est stérilisé ; Graham 2002). Il s'agissait majoritairement de comprendre les raisons pour lesquelles les femmes arrêtent leur contraception, plutôt que de se pencher véritablement sur leur bien-être sexuel. Plusieurs études soulignent les effets négatifs sur l'humeur comme sur la sexualité de certains types de pilules (Graham et al. 1995 ; Sanders et al. 2001 ; Caruso et al. 2004), sans pouvoir déterminer pourquoi certaines femmes sont, ou non, sensibles à l'effet des hormones (Graham 2002). Plus récemment, la revue de littérature effectuée par Jenny Higgins et Nicole Smith conclut à propos des contraceptifs œstroprogestatifs qu'« une large majorité des femmes ne rapporte aucun impact de cette utilisation sur leur fonction sexuelle ou la fréquence de leurs rapports⁸² » (Higgins et Smith 2016, p. 421). Il ne semble donc pas y avoir d'effet aisément isolable de la contraception hormonale sur le désir sexuel.

En France, Pascaline Mourey s'est récemment penchée sur la question dans sa thèse de médecine générale, en s'intéressant en particulier aux méthodes œstroprogestatives. À partir d'une revue de la littérature médicale internationale, elle conclut elle aussi que « si l'impact de la contraception

⁸² "Though some women report positive or negative sexual impacts in relation to their use of combined OC, the large majority of women report no impact in sexual function or frequency of sex related to their OC use."

œstroprogestative sur le désir sexuel a été étudié par un certain nombre d'études, un effet clair semble difficile à mettre en évidence», car «les études comportent des biais rendant leur interprétation complexe et leurs résultats sont souvent contradictoires» (Mourey 2017, p. 25). En s'appuyant sur des régressions menées sur les résultats de l'enquête Fecond 2010, ce qui lui permet de prendre en compte des « facteurs de confusion » regroupés en trois groupes (socio-démographiques⁸³, concernant la santé⁸⁴ et concernant la sexualité⁸⁵), elle montre néanmoins que les femmes utilisant une telle contraception « ont plus de rapports et déclarent moins de troubles du désir que les femmes utilisant le préservatif ». Mais elles ont au contraire moins de rapports que celles utilisant un DIU, méthode aussi fiable, ce qui pourrait « orienter vers l'hypothèse d'un effet hormonal négatif de la COP [contraception œstroprogestative] sur le désir sexuel » (*Ibid.*, p. 47). L'autrice reste néanmoins prudente :

Isoler la dimension hormonale de l'influence de la COP sur le désir est délicat. Les études randomisées contre placebo permettent au mieux de l'appréhender, mais sont difficiles à mettre en place dans le contexte de la contraception. À défaut, les études transversales comparant le désir des femmes sous COP et sous DIU prenant en compte les facteurs de confusion permettent de suggérer cet effet hormonal. [...] Cet impact hormonal doit être analysé dans le contexte global de tous les éléments liés à la contraception influençant le désir. (Mourey 2017, p. 48)

Ainsi, tant les études américaines que les études françaises peinent à conclure quant à un effet des hormones sur le désir sexuel des femmes. L'imbrication de la sexualité dans les rapports sociaux rend difficiles à mettre en place des études assez solides pour isoler un lien direct éventuel.

2.2.2 Des effets indirects sur la sexualité ?

Si les études médicales ne parviennent pas à trancher quant aux effets directs de la contraception hormonale sur la sexualité, le discours des individus apporte des éléments permettant d'expliquer l'importance sociale de cette problématique de la « baisse de libido ».

D'abord, « l'acceptabilité sexuelle » d'une méthode contraceptive est importante pour les femmes comme les hommes. Si les recherches françaises contemporaines sur le sujet sont limitées, un article états-unien récent dresse une revue de la littérature sur le sujet, méthode par méthode (Higgins et Smith 2016). L'article déblaie cette question de l'acceptabilité sexuelle des différentes méthodes, c'est-à-dire de « la manière dont les méthodes influencent les expériences sexuelles de l'utilisateur/trice, ce qui peut en retour influencer les préférences et les pratiques en matière de planification des

⁸³ « L'âge, le pays de naissance, la catégorie de résidence, le niveau de diplôme, le niveau de revenu du foyer, la situation professionnelle, l'importance de la religion, la parité [fait d'avoir au moins un enfant], le fait d'avoir un partenaire, le temps passé avec le partenaire s'il y en a un, la durée de la relation. » (Mourey 2017, p. 33) On peut remarquer que le nombre et l'âge des enfants ne sont pas pris en compte.

⁸⁴ « L'IMC, le tabagisme, la santé perçue, les antécédents de MST, d'interruption volontaire de grossesse (IVG), de fausse couche, la présence de métrorragies [pertes de sang] fréquentes. » (Mourey 2017, p. 33)

⁸⁵ « Les dyspareunies [douleurs lors de la pénétration], l'âge du premier rapport, le nombre de partenaire dans la vie. » (Mourey 2017, p. 33)

naissances⁸⁶ » (*Ibid.*, p. 1). Sont ainsi mis en évidence, dans une optique prescriptive, des aspects positifs et négatifs sur la sexualité pour chaque contraceptif.

Les effets de la contraception médicale sur le script sexuel peuvent être positifs : d'abord, bien sûr, parce qu'ils permettent d'éviter une inquiétude vis-à-vis d'une éventuelle grossesse. Mais également de par les effets annexes qui vont avec certains contraceptifs. C'est par exemple particulièrement le cas pour le DIU hormonal, qui pour une partie des utilisatrices permet une suppression totale des règles. Lorsque celles-ci sont considérées comme incompatibles avec les rapports sexuels, cette contraception permet ainsi d'augmenter leur fréquence, surtout pour les couples non cohabitants et dont les possibilités de rapports sont plus limitées, comme l'explique Isabelle⁸⁷ :

À partir de ma deuxième histoire amoureuse [avec un autre homme que son mari] y'a dû avoir un moment où il a fallu changer, et j'ai demandé un stérilet hormonal où on n'a plus de règles. Pour être encore plus tranquille ! (sourire) Parce que voir son amant pas souvent, et en plus quand on a ses règles, j'avais pas envie ! (sourire) Donc je me suis dit c'est très pratique, je veux ça ! Donc voilà. J'ai ça. C'est très bien !

Pour Isabelle, ne plus avoir ses règles est une garantie de « tranquillité » lors de ses rencontres avec son amant. En plus de permettre des rapports plus fréquents, le fait de ne plus avoir ses règles peut également permettre d'ouvrir le répertoire sexuel. C'est ce dont témoigne Patrick⁸⁸ à propos du changement de contraception de sa femme, qui a un DIU hormonal depuis peu :

Patrick : [Le but] c'était de trouver une méthode de contraception, puisqu'il en existe maintenant, qui lui permette de vivre sa sexualité pleinement, sans avoir une période on va dire d'une semaine, sans rien. Sans contacts possibles. On va dire dans une sexualité normale. [...] Et depuis, c'est... Enfin même pour moi (rire), je reconnais que c'est quand même génial ! (rires)

Enquêtrice : D'accord. Et le fait de pas pouvoir avoir de rapports pendant les règles, c'était quelque chose que elle elle voulait pas, ou vous, vous vouliez pas, ou c'était...

Patrick : Bah... Si je reprends ses termes, elle m'a dit « J'ai envie, mais c'est craca ». Voilà. Donc ça nous est arrivé en fin de règles, parce que l'envie était vraiment là. Euh... Mais c'est pas top, la sexualité n'est pas... Tout dépend comment on aborde la sexualité, si on est juste missionnaire et puis voilà... pourquoi pas, mais si on vit pleinement sa sexualité et qu'on bouge un peu... C'est pas l'idéal.

Le fait de ne plus avoir ses règles grâce au DIU hormonal est ainsi positif tant pour la femme de Patrick que pour lui, comme il le fait remarquer. La contraception apparaît comme ce qui leur permet d'avoir une « sexualité normale », « pleinement » vécue tout au long du mois, qui s'oppose à une sexualité « juste missionnaire ». La « normalité » sexuelle est donc assimilée à un script en particulier, les autres en étant exclus.

⁸⁶ “How methods influence the user's sexual experiences, which can in turn influence family planning preferences and practices.”

⁸⁷ Psychologue, 49 ans, mariée, un amant, deux enfants (DIU hormonal).

⁸⁸ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

Mais la contraception peut également avoir des effets négatifs. Pour le DIU, les « fils » peuvent poser problème⁸⁹, comme l'explique Sandrine⁹⁰ :

Tout ce qu'il a fallu gérer, c'est les fils. [...] Ça doit être une sorte de nylon, j'imagine, chirurgical, mais qui est relativement solide, pour qu'on puisse l'enlever au bout de plusieurs années, et ça pique ! Le partenaire. (sourire) Donc j'ai demandé à ce qu'ils soient coupés plus court ! (rire)

Dans le cas de Sandrine, c'est suite à une plainte de son partenaire qu'elle doit à nouveau consulter son gynécologue – devant gérer non seulement les effets indésirables pour elle-même, mais également pour son partenaire (voir également chapitre 10, section 2.2). Mais les effets négatifs qui affectent la sexualité portent le plus souvent sur le corps ou les émotions de la femme. Le DIU au cuivre est ainsi susceptible de rendre les règles plus fréquentes et abondantes, comme pour Carine⁹¹ qui explique que « quand on saigne pendant douze jours sur vingt-huit (rire), et qu'on a mal au ventre à peu près tout le temps, ça aide pas » en termes de sexualité : « Ça motive moyen, quoi ! ». Des effets similaires peuvent aussi être dus à des méthodes hormonales, comme l'implant contraceptif, ou « Implanon », largement critiqué dans les entretiens :

Enquêtrice : Et [l'implant] ça avait eu des répercussions sur ta sexualité ou... ?

Tanja⁹² : Bah forcément, quand on a du *spotting*⁹³ tout le temps... Enfin c'est un petit peu chiant, de... Enfin voilà, après il [son compagnon] s'était fait à l'idée. Les jours où c'était pas trop important, dans ce cas-là on y allait quand même, mais... Mais bon, mais si, de ce côté-là forcément ça a des répercussions sur la sexualité, vu que t'as du *spotting* tout le temps.

Comme l'explique Tanja, le fait d'avoir des pertes de sang en continu est ainsi préjudiciable à la sexualité, tant pour elle que pour son compagnon : et c'est seulement après que *celui-ci* se soit « fait à l'idée » que des rapports sexuels ont tout de même lieu. Les effets négatifs sur la sexualité peuvent aussi être plus diffus, comme dans le cas de Marielle⁹⁴ :

L'Implanon j'avais trouvé ça assez violent comme... Enfin ça m'avait vraiment mis par terre sur le plan du moral. Ouais, donc du coup la libido c'était pas ça non plus, ouais. Non non l'Implanon j'ai pas trouvé que c'était une expérience extraordinaire (sourire). Ouais je pense que, enfin de tout ce que j'ai pris comme traitement hormonal, je crois que ça a été le pire. Parce que ben... des *spotting* en permanence, voilà... Quand même une prise de poids, et puis... Voilà, vraiment le moral dans les chaussettes.

Chez Marielle, le *spotting* s'accompagne de d'une prise de poids et d'une baisse de moral : et c'est plutôt cette dernière qui semble avoir des effets négatifs sur son désir sexuel. Il est ainsi fréquemment difficile pour les enquêtées de déterminer si elles ont effectivement une baisse de désir, et

⁸⁹ Ce que Laurence Guyard soulignait déjà, notant que selon les gynécologues il est pourtant impossible que cela arrive (Guyard 2008, p. 278-279).

⁹⁰ Cheffe de service en établissement social, 41 ans, mariée, deux enfants (préservatifs sans latex).

⁹¹ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

⁹² Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

⁹³ Petits saignements en dehors des périodes de règles.

⁹⁴ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

de comprendre ce qui en est à l'origine (voir aussi chapitre 10), comme en témoigne Nolwenn⁹⁵ en se remémorant les effets qu'a eu pour elle la prise de la pilule :

Et en fait c'est quand j'ai vu que mon cholestérol avait doublé en six mois, je me suis dit « Non, là c'est pas possible ! ». Puis cette prise de poids soudaine, moi qui avais toujours été, je faisais beaucoup de sport avant, c'est vrai qu'à la fac j'en faisais beaucoup moins, j'en faisais une fois par semaine, et du coup ben cette prise de poids soudaine m'a choquée, et j'ai vu mon corps changer, vraiment, et du coup c'était trop, dans ma tête ça tournait trop en rond. [...] Et je me sentais quand même assez perturbée, je sentais que mes émotions... Enfin, je sais pas, ma libido j'avais l'impression qu'elle baissait, après c'est peut-être que je devenais parano hein, mais... J'avais l'impression que j'étais beaucoup plus à vif, enfin j'avais des transformations de comportements aussi.

Nolwenn souligne plusieurs effets de sa prise de pilule, tout en notant que celle-ci n'est peut-être pas seule responsable, et qu'elle a peut-être eu tendance à attribuer certains changements qu'elle observait chez elle aux hormones par « parano ». Par ailleurs, elle a du mal à déterminer ce qu'il en est pour sa « libido » : en effet, comme on le voyait aussi avec Marielle juste au-dessus, la baisse « pure » du désir peut ne pas être le seul effet secondaire négatif d'une méthode contraceptive sur la sexualité.

Les méthodes contraceptives peuvent avoir des conséquences dont les répercussions sur la sexualité sont indirectes et peu prévisibles. La prise en compte du rapport des femmes à leur propre corps est donc primordiale pour appréhender le désir féminin (sur le sujet voir Cherkasskaya et Rosario 2018). Ainsi, les éventuels effets de la contraception sur la sexualité n'apparaissent parfois que de manière secondaire, ou tardivement, dans les récits. C'est alors sous la forme d'un produit indirect résultant de la conjugaison de différents effets secondaires, positifs ou négatifs – et non comme une conséquence à proprement parler de la contraception. Ces effets sont d'ailleurs d'autant plus difficiles à isoler qu'ils dépendent également de la situation conjugale familiale et professionnelle des femmes (Bozon 1998a), le désir étant susceptible de diminuer lors des relations longues ou encore avec l'arrivée des enfants. C'est ce qu'explique Camille⁹⁶, en évoquant la dernière fois qu'elle a pris la pilule :

J'avais l'impression... Enfin après j'étais dans une relation qui commençait à durer un peu, mais... Ouais ça me... C'était surtout sur la libido que ça m'avait vraiment embêtée. Parce qu'à un moment j'étais vraiment... Pfout...

Il semble difficile pour elle de distinguer ce qui relève de sa relation de ce qui est dû à un effet hormonal de la pilule.

Le fait d'avoir un dispositif médical présent en soi-même interroge ainsi non seulement sur la naturalité du corps, mais également sur ce qu'il est « naturel » de ressentir en matière de sexualité. En réponse à l'effacement de la réflexivité masculine, cela crée ainsi pour les femmes concernées une

⁹⁵ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

⁹⁶ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

réflexivité *attentive* vis-à-vis de cette dernière, qui est propice au développement de questionnements sur l'existence et l'authenticité de son désir sexuel.

2.2.3 Identifier les effets secondaires de la pilule en l'arrêtant

Si le contexte dans lequel le désir prend place est difficile à appréhender pour les chercheurs/ses qui s'intéressent au sujet, c'est également le cas pour les femmes elles-mêmes. Dans un pays où ces dernières commencent souvent une contraception hormonale à l'adolescence, alors que leur corps est en train de changer, c'est parfois l'arrêt de la méthode qui représente une forme de révélation, comme en témoigne Flora⁹⁷ :

Flora : L'effet que j'ai senti très vite quand j'ai arrêté la pilule et que j'ai eu mon stérilet, enfin mon cuivre, c'est que ma libido est remontée. Mais ça voilà, c'est le seul effet vraiment notable que je peux citer.

Enquêtrice : Et, quand vous aviez commencé à prendre la pilule vous aviez eu l'impression de perdre de la libido ?

Flora : Non. J'avais pas vraiment, pas cette impression. Mais par contre dès que j'ai arrêté, oui, je me suis rendu compte que j'avais une libido qui était beaucoup plus vivante.

Sans la pilule, sa libido est présentée par Flora comme plus « vivante » – les hormones de synthèse étant ainsi assimilées à quelque chose qui *tuerait* le désir. Dans la mesure où la prise de pilule advient souvent alors que les femmes sont jeunes, et pas nécessairement impliquées dans une relation conjugale, c'est le corps « augmenté » des hormones de synthèse qui est construit comme la norme, même s'il ne saurait pour autant être assimilé à un corps « naturel » (Grino 2015, p. 443). C'est du moins le cas jusqu'à ce qu'une remise en cause se fasse à la faveur d'un arrêt souvent sans lien, par exemple pour un projet de grossesse, comme le raconte Carine⁹⁸ :

Et puis... Là [quand elle a arrêté la pilule pour être enceinte] on s'est rendu compte que ça avait un gros gros gros effet sur la libido, en fait. Ce qui fait que quand j'ai eu accouché, j'ai repris la pilule, je me suis rendue compte que ça cassait toute la libido, donc j'ai dit « Bah on va essayer de trouver autre chose », quoi.

Carine a utilisé la pilule dix ans sans s'interroger sur des effets éventuels, et c'est uniquement le fait d'avoir pu observer son corps fonctionner sans cette « prothèse » qui lui fait réaliser les effets de celle-ci. Cela la pousse à refuser de continuer à y avoir recours, et à redéfinir le corps « normal » comme celui sans hormones de synthèses.

Mais dans d'autres cas, le corps qui est construit comme représentant la norme n'est pas celui « hors pilule », dont l'enquêtée aurait été privée, mais bien plutôt celui « sous pilule », comme dans le cas de Mélanie⁹⁹, que j'interroge sur d'éventuels effets secondaires de sa pilule :

⁹⁷ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

⁹⁸ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

⁹⁹ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

Non. Non non, non non, j'ai jamais eu d'effets secondaires... [...] Par contre j'ai rencontré des effets hyper positifs quand je l'ai arrêtée. C'est-à-dire que la poitrine qui gonfle, tous ces trucs-là, où le corps de la femme se prépare, comme si on allait... J'ai trouvé aussi qu'au quatorzième jour j'avais envie, d'avoir un rapport, comme si c'était très... C'était très bestial, ça donnait envie d'avoir un rapport, comme pour avoir un bébé, ça faisait très... J'avais vraiment une libido très forte, au moment de l'ovulation. Voilà. Un appel un peu animal, ce côté-là, c'est très étrange.

Pour Mélanie, ce n'est pas tant son corps sous pilule qui est à analyser que celui qu'elle découvre après l'avoir arrêtée, et qu'elle juge « bestial », « animal », comme hors de contrôle. Ce n'est plus elle qui a la maîtrise de ce qu'elle ressent, mais ce corps qui « se prépare » à la nidation, comme s'il devenait un sujet à part entière, indépendant d'elle-même. Environ 45 minutes plus tard, elle déplore finalement les effets de la pilule, jugeant que cela « tue vraiment la libido » – tout en valorisant néanmoins son utilisation :

Je suis assez ambiguë, parce que... Ça m'endormissait (*sic*) la libido, ça me soûlait, mais moi j'aime bien la liberté en fait. Je trouve quand même que c'est une liberté pour les femmes, énorme. Et donc du coup, je pouvais pas avoir le beurre et l'argent du beurre. Donc je préférais effectivement avoir une baisse de libido, et puis bah que mon corps soit endormi et pouvoir avoir une relation sans me dire « Oh la la, faut que je regarde la prochaine fois que j'ai mes règles, est-ce que je vais vraiment les avoir ».

Les effets sur sa libido sont mis en regard de la « liberté » apportée par la pilule et « l'endormissement » du corps apparaît comme un état souhaitable compte tenu de ses contreparties. Ce discours, même s'il est tenu au passé, résonne sans doute d'autant plus pour Mélanie au moment de l'entretien : en effet, même si elle utilise des préservatifs avec son partenaire, du fait de la séropositivité de celui-ci, elle doit prendre la pilule pour diminuer les effets de son endométriose. Le sommeil du corps n'est ainsi plus seulement celui du désir, mais également celui de la douleur.

Enfin, la prise de conscience d'effets sur la libido de la prise de pilule peut également être extérieure, ainsi qu'en témoigne Delphine¹⁰⁰ :

Delphine : Mon conjoint a remarqué une baisse de ma libido. Moi je l'ai pas perçue plus que ça, mais lui il a remarqué ça au moment de ma prise de pilule, quoi.

Enquêtrice : D'accord. Comment est-ce qu'il s'en rendait compte du coup ? Il y avait une grande différence ?

Delphine : Bah il avait l'impression que j'avais moins souvent envie de faire l'amour, et que... Bon je sais pas exactement, mais en tout cas, lui, pour lui il trouvait ça moins agréable en tout cas, et... ..

Enquêtrice : D'accord... Et vous, vous dites que vous vous en rendiez pas tellement compte ?

Delphine : Bah pas plus que ça, parce que moi, déjà j'ai mis du temps avant de ressentir du plaisir à faire l'amour. Alors peut-être que c'était dû à la pilule, j'en sais rien. Mais comme j'avais... Bon, j'avais pas trop d'expérience avant, donc au début pendant la première période où j'ai pris la pilule, donc pendant trois ans, je savais pas comment ça pouvait être avant, sans doute mon conjoint non plus, puisque c'était aussi la première fois pour lui, mais après, l'année où je l'ai arrêtée, lui a eu l'impression,

¹⁰⁰ Professeure en lycée, 29 ans, mariée, deux enfants (DIU au cuivre après un an de diaphragme).

en tout cas je pense que ça allait mieux. [Et] quand je l'ai reprise il a trouvé de nouveau que j'avais moins de plaisir. Alors c'est vrai que moi, je m'en suis pas plus rendu compte que ça, mais...

Ici, c'est le mari de Delphine qui évoque un effet néfaste de la pilule sur la sexualité. Si celle-ci évoque d'abord une « baisse de libido », elle précise ensuite qu'il s'agit à la fois d'effets sur le désir (« j'avais moins souvent envie ») et sur le plaisir. Mais dans les deux cas, elle ne semble pas reprendre à son compte le discours de son mari : c'est lui qui « a remarqué », « a eu l'impression », « a trouvé » – et c'est même pour lui également, finalement, que c'est « moins agréable », alors qu'elle-même ne s'en est « pas plus rendu compte que ça », mettant plutôt ses difficultés sur le compte de son manque d'expérience et de problèmes indépendants de la contraception. Tout se passe comme si, du point de vue de son conjoint, Delphine pouvait être objectivée et analysée de manière extérieure, comme s'il savait mieux ce qu'elle ressent. Il adopte ainsi une position que David Michels, qui a rencontré à plusieurs reprises cette situation dans sa thèse sur les consultations de sexologie, rapproche de celle des « entrepreneurs de morale » beckeriens, soulignant que les conjoints sont « ceux qui, en énonçant le problème, dénoncent les écarts à la norme et par la même défendent le maintien de celle-ci » (Michels 2013, p. 167). Là encore, on voit la difficulté de distinguer ce qui relève de la « normalité » du corps et du désir féminin lorsque l'on a un dispositif médical qui fait effet à l'intérieur de soi – et la réflexivité nécessairement attentive que cela entraîne vis-à-vis de la sexualité pour les femmes.

Les « effets secondaires » des contraceptions médicales ressentis par les femmes font resurgir la sexualité mise de côté lors de la prescription, mais c'est dans le cadre d'un rapport variable au « corps naturel » et d'une réflexivité attentive vis-à-vis de soi-même et de sa propre sexualité.

3 Conclusion

L'étude des formes médicales de contraception permet de mettre en évidence plusieurs choses. D'abord, le fait que la sexualité est largement laissée de côté lorsqu'il s'agit de prescrire une contraception : c'est par son versant médical que la contraception est pensée par les professionnel·le·s et, lorsque les femmes cherchent des informations portant sur d'éventuels effets sur la sexualité, ce sont vers leurs pairs ou internet qu'elles semblent se tourner majoritairement. Cette invisibilisation de la sexualité se manifeste également dans les représentations des rapports de genre autour de la contraception. Qu'il s'agisse de constater le fait que le travail contraceptif est féminin ou bien de comprendre les ressorts de cette responsabilité féminine qui se fait au profit des hommes, la sexualité semble largement disparaître des dimensions prises en compte. La contraception est assimilée à une tâche domestique comme une autre, sans lien avec la sexualité, et les femmes sont supposées « faire leur genre » de manière naturelle dans le travail contraceptif. Cette représentation n'est d'ailleurs pas limitée aux méthodes médicales utilisées par les femmes, mais elle est également présente pour celles des

hommes. Néanmoins, ces dernières étant quasi inusitées en France, ce sont principalement les femmes qui ont affaire à d'éventuels effets secondaires de la contraception sur leur sexualité.

En effet, ce n'est pas tant dans les récits des éventuelles négociations de couple autour de la contraception médicale que surgissent plaisir et désir, mais dans ceux du choix parmi les méthodes médicales elles-mêmes. Le paradoxe d'un outil médical devant permettre de faire l'amour sans crainte, mais se mettant, finalement, en travers d'une sexualité contraceptée considérée comme « naturelle » apparaît alors en plein jour, et est largement dénoncé par les femmes – les effets positifs pouvant également, le cas échéant, être mis en avant.

Les méthodes de contraception médicales du « modèle contraceptif français », décorrélées de l'activité sexuel, participent donc largement de l'invisibilisation de la sexualité dans la représentation contemporaine de la contraception. Cette invisibilisation est particulièrement forte pour les hommes, qui s'effacent de la gestion contraceptive, et ne s'estompe que lorsque ces méthodes s'avèrent représenter des obstacles au script sexuel contracepté vu comme « normal » et qu'émerge sur la sexualité, pour les femmes, une forme de réflexivité *attentive*, provoquée par le fait d'avoir un dispositif en soi.

Chapitre 7. Les méthodes barrières : perturbation du script ordinaire et réflexivité obligatoire

Certaines méthodes de contraception considérées comme efficaces ne nécessitent pas de suivi médical¹ : il s'agit des « méthodes barrières », celles qui consistent en un obstacle entre les spermatozoïdes et l'ovule. La plus connue, et la plus utilisée, est le préservatif externe, que l'on désigne généralement sous le terme de « préservatif masculin ». Mais d'autres méthodes existent, qui ne concernent pas le corps de l'homme mais celui de la femme : le préservatif interne, ou « féminin » ; les spermicides ; les méthodes plus anciennes comme le diaphragme ou la cape cervicale². Ces dernières méthodes doivent être utilisées avec des spermicides, qui se présentent généralement sous forme de gel (ils existent aussi sous forme d'ovules). La principale caractéristique des méthodes barrières est qu'elles prennent place au cours de l'acte sexuel. C'est pourquoi la question de leur éventuelle influence sur la sexualité a été étudiée plus précocement que pour d'autres méthodes, ainsi qu'en témoigne l'existence d'articles assez anciens sur la question (Harvey et Scrimshaw 1988 ; Beckman, Harvey et Murray 1992).

Comprendre l'utilisation de ces méthodes nécessite d'interroger le partage de la responsabilité contraceptive qu'elles impliquent, mais également les rapports au genre et à la sexualité qu'elles mettent en jeu. Mais il faut d'abord connaître la fréquence de leur utilisation. À partir de la comparaison de quelques pays occidentaux et asiatiques, on peut remarquer que si le taux d'utilisation du préservatif masculin varie de l'un à l'autre, ce n'est pas le cas des méthodes s'appliquant aux corps des femmes (la pilule est indiquée pour comparaison).

Tableau 17. Prévalence d'une sélection de méthodes contraceptives (en %)

	Pilule	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Méthodes barrières vaginales
France (2011)	36,6	7,0	-	0,3
Royaume-Uni (2008)	28,0	27,0	-	1,0
États-Unis (2015)	13,5	10,5	-	0,3
Japon (2015)	0,9	30,8	-	-
Hong Kong (2012)	8,1	52,1	-	-
Chine (2006)	1,2	8,5	1,0	0,2

Champ : femmes en couple de 15 à 49 ans (France, Hong Kong, Chine), de 16 à 49 ans (Royaume-Uni), de 15 à 44 ans (États-Unis), de 20 à 49 ans (Japon).

Source : Nations Unies, World Contraceptive Use 2018.

¹ Le diaphragme implique une prescription médicale et un rendez-vous pour s'entraîner à le poser la première fois, mais aucun suivi.

² Le diaphragme est une coupelle en latex ou en silicone, la cape cervicale un dôme très fin, en silicone (quasi inexistant en France). L'un comme l'autre se placent dans le vagin en amont de la pénétration.

Le préservatif masculin est une méthode particulièrement utilisée au Japon, où la pilule n'a été autorisée qu'en 1999 et reste très peu utilisée (sur le sujet, voir Lévy 2016), mais également à Hong Kong ; au Royaume-Uni comme aux États-Unis, son taux d'utilisation côtoie celui de la pilule (largement concurrencée dans ce dernier pays par la stérilisation). Le préservatif féminin, de son côté, reste très peu utilisé, au point de ne pas apparaître dans les résultats statistiques – et les autres méthodes barrières vaginales sont également tout à fait marginales.

On peut d'abord interroger ce que les méthodes barrières s'appliquant sur le corps des femmes font à la responsabilité contraceptive, mais également ce qu'elles impliquent pour la sexualité. Mais une étude approfondie du préservatif masculin, que la majorité des individus sont désormais amenés à utiliser au cours de leur vie, apparaît également nécessaire, tant du point de vue des rapports de genre que des recompositions des scripts et de la réflexivité sexuelle qu'il entraîne.

1 Les barrières « féminines » : méthodes rares et responsabilité classique

Les méthodes médicales de contraception sont largement laissées à la responsabilité des femmes, qui en sont les utilisatrices principales – qu'il s'agisse d'absorber des hormones de synthèse ou bien d'avoir un DIU dans l'utérus. Concernant les méthodes barrières, on peut s'interroger sur cette responsabilité. Quels types de rapport à la sexualité et à la responsabilité vont de pair avec les méthodes barrières féminines ?

Préservatif féminin et diaphragme ont plusieurs points communs, mais également des différences qui jouent sur leur utilisation (aucun-e enquêté-e n'a testé de cape cervicale). Le préservatif féminin est à usage unique ; il peut être placé dans le vagin plusieurs heures en amont du rapport pénétratif, et doit être retiré directement après celui-ci. Le diaphragme comme la cape peuvent être posés jusqu'à deux heures avant le rapport pénétratif, et doivent rester en place au moins huit heures (et jusqu'à vingt-quatre heures) après celui-ci. La différence principale tient dans le fait que le préservatif féminin protège des IST – ce qui n'est pas le cas du diaphragme et de la cape. Les spermicides, enfin, peuvent être utilisés seuls, en étant introduits dans le vagin sous forme de crème, grâce à une pipette, ou sous forme d'ovules (il faut alors attendre quelques minutes afin qu'ils fondent). Mais ils peuvent également l'être en association avec le diaphragme, qui doit en être recouvert avant d'être inséré dans le vagin (si le rapport dure plus de deux heures, il faut alors en remettre avec une pipette). Dans tous les cas, le recours à l'analyse statistique est rendu impossible par le faible taux d'utilisation de ces méthodes relevé dans les enquêtes Fécond.

Pour chacune de ces méthodes, il faut chercher à déterminer comment s'organisent les rapports de genre autour de son utilisation – et la manière dont sa place dans le script sexuel peut expliquer cette organisation.

1.1 Le préservatif féminin : une initiative féminine rare, un rejet global

Dans la mesure où il est plus facile de se procurer un préservatif féminin, qui ne requiert pas de prescription, qu'un diaphragme ou une cape, plusieurs enquêté-e-s ont eu l'occasion d'en utiliser un. C'est le cas de Christophe³, à qui sa seconde épouse a proposé de tester le préservatif féminin car il n'avait pas l'habitude des préservatifs masculins lorsqu'ils se sont mis en couple, et qui a accepté « par curiosité ». Néanmoins, le préservatif féminin est d'accès moins facile que le masculin : lorsqu'Alicia⁴ a essayé, c'est par exemple parce que son médecin généraliste lui « avait donné des échantillons », et c'est parce qu'elle est bénévole au Planning Familial qu'Aline⁵, qui les a également utilisés, a découvert leur existence. Leur utilisation comprend donc souvent une forme d'exotisme, que souligne Judith Hermann-Mesfen dans son étude sur le sujet :

De manière très significative, la plupart des utilisatrices appellent le préservatif masculin, le préservatif « normal » ou simplement « le préservatif ». Le préservatif féminin est de l'ordre de l'alternative, ou de l'expérimentation, « pour changer », comme [les enquêtées] l'expliquent, pour essayer d'autres moyens de prévention des grossesses et des maladies sexuellement transmissibles. (Hermann-Mesfen 2013, p. 8)

Le fait qu'il soit très peu répandu le rend difficile à proposer en dehors du couple, comme en témoigne Aline :

Enquêtrice : Tu l'utilisais quand t'avais des relations ponctuelles ?

Aline : Voilà, c'est ça.

Enquêtrice : D'accord. Et c'est quelque chose que les hommes avec qui tu avais des relations aimaient bien, supportaient bien ?

Aline : Non. Franchement... Non. C'était pas, j'ai pas eu un grand succès sur ça. Parce que je pense que des relations ponctuelles, c'est plus courant d'en avoir avec des hommes qui ont déjà l'habitude de mettre des préservatifs, tu vois. Donc après ils aiment bien, peut-être leur marque, leur machin...

Aline souligne le peu de « succès » de sa proposition d'utiliser des préservatifs féminins avec des partenaires qu'elle juge habitués aux masculins – et même si elle préfère les premiers, il semble que ce soit l'avis de ses partenaires qui ait finalement primé. Le risque pour Aline, en imposant cette méthode, serait d'avoir à assumer ses éventuels effets négatifs vis-à-vis d'hommes qui n'y sont pas habitués.

Beaucoup des personnes interrogées sont en effet rétives à cette expérimentation. Véronique⁶, échaudée par une expérience de l'éponge vaginale lorsqu'elle avait 18 ans, ne voudrait pas « aller fouillasser là-dedans », d'autant qu'elle trouve déjà cela « très désagréable » lorsqu'il s'agit de retirer un

³ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

⁴ Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

⁵ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

⁶ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

tampon ; Olivier⁷ en a bien entendu parler, mais « ne saurait même pas comment ça marche » ; Jeanne⁸ en a déjà eu un entre les mains, et n'a « pas trouvé ça très engageant » ; et Émeline⁹ condense dans sa réponse les reproches les plus fréquents adressés à cet objet :

Enquêtrice : Et vous aviez essayé la capote féminine, ou juste masculine ?

Émeline : Oh non, non non non non ! Déjà le truc, je sais pas si ça a changé, hein, mais si je me souviens bien c'est deux anneaux, que tu te rentres dedans, et l'autre après tu le mets sur les lèvres et tout... Non c'est pas sexy du tout ! (sourire) C'est pas glamour ! Apparemment ça fait du bruit, en plus. Puis c'est un euro le préservatif, je crois aussi, féminin.

En plus de son prix élevé, le bruit associé à cet objet est effectivement régulièrement mentionné par les enquêté-e-s, comme Julien¹⁰ selon lequel son utilisation provoque « cet espèce de bruit de sac plastique un peu, qui est pas très agréable », ou Christophe qui conclut que « c'est quand même pas hyper confortable, ça fait un boucan d'enfer ». Il peut également sembler « super compliqué à poser » (Aline). Par ailleurs, selon Judith Hermann-Mesfen, une raison expliquant le rejet de ce préservatif est la visibilisation du vagin qu'il permet, la taille de celui-ci se donnant à voir dans l'objet déplié :

On peut donc poser l'hypothèse que les préservatifs féminins et masculins matérialisent et bouleversent les représentations et associations « visible/érigé » *versus* « invisible/secret intérieur », transformations qui expliqueraient une partie des réticences et des freins quant à son utilisation. (Hermann-Mesfen 2013, p. 8)

Tant du fait de son aspect esthétique que de sa matière, le préservatif féminin souffre ainsi d'une image très négative.

Mais il peut néanmoins être accepté, en particulier dans une relation de couple de long terme : Alicia, qui l'a utilisé, insiste sur le fait que pouvoir le « placer avant » était positif, et qu'elle valorisait le fait de le « gérer », et Aline l'apprécie beaucoup, le jugeant « moins irritant ». Elle en a d'ailleurs développé une utilisation alternative, plus conforme à sa sexualité : « Je l'enfile comme une chaussette en fait, directement sur mon chéri¹¹. » C'est donc finalement, de manière paradoxale, une technique qui est celle de la pose du préservatif masculin qui est utilisée. Elle ajoute cependant que l'objet ne se fait pas oublier pour autant : « Tu fais simplement attention quand tu changes de position. » Si Alicia a réussi à intégrer sa contraception au script en détournant la manière dont elle est posée, elle doit néanmoins continuer à y prêter attention une fois la pose effectuée. Selon certaines études, il peut en effet être vu de manière positive par les hommes car il n'enserme pas le sexe (Severy et Spieler 2000, p. 260-261).

⁷ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

⁸ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

⁹ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

¹⁰ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

¹¹ On retrouve des témoignages de ce type d'utilisation du préservatif interne pour la pénétration anale dans le cadre des rapports homosexuels masculins ; voir par exemple <https://www.aides.org/actualite/journee-internationale-du-preservatif-interne>, consulté le 18 février 2019.

Dans les rares cas où il est utilisé, le préservatif féminin l'est à l'initiative de la femme et sous sa responsabilité – c'est donc également elle qui doit assumer les effets perçus comme négatifs qu'il a sur la sexualité, ou proposer des scripts alternatifs pour valoriser son utilisation.

1.2 Le diaphragme : une solution non hormonale et économique

Le diaphragme, qui ne protège pas des IST, semble pour sa part utilisé très majoritairement dans le cadre de rapports de long terme. Si la majorité des enquêtées les plus âgées l'avaient essayé¹², chez les enquêtées les plus jeunes cette utilisation est beaucoup moins répandue. Christophe, qui le qualifie de « méthode assez étonnante » a eu l'occasion de l'utiliser avec sa première épouse, à l'initiative de celle-ci, dans les années 1980 et 1990. Pour la période actuelle, c'est le cas de Delphine¹³, qui s'est tournée vers cette méthode après l'avoir découverte sur Doctissimo, car elle et son mari n'appréciaient pas les préservatifs masculins :

Donc je connaissais les préservatifs masculins, féminins, mais je connaissais pas le diaphragme et la cape, en fait je croyais que c'était la même chose que les préservatifs féminins, et elle [son interlocutrice sur un forum Doctissimo] m'a dit que c'était pas la même chose, du coup ça m'a intéressé comme méthode, parce que ça me paraissait mieux que les préservatifs féminins, parce que ça évitait de racheter régulièrement les préservatifs, il suffit d'acheter une fois un diaphragme, quoi, ça dure deux ans. [...] Même le gel spermicide fallait pas le racheter trop trop souvent. Et du coup ça m'a paru être une bonne méthode pour [...] me laisser le temps physiquement et psychologiquement de remettre un DIU. Donc voilà. Du coup j'ai utilisé ça, ce qui me plaisait aussi bien sûr c'est le fait que ce soit non-hormonal, finalement des méthodes de contraception non hormonales y'en n'a pas tant que ça.

Delphine souligne ainsi la méconnaissance qu'elle avait de cet objet, qu'elle confondait avec le préservatif féminin, mais également les avantages qu'il présente. Il est réutilisable, comme le note également Émeline¹⁴, une autre utilisatrice (« c'est beaucoup plus économique [que les préservatifs], puis c'est zéro déchet ») ; et surtout il ne contient pas d'hormones. C'est d'ailleurs principalement dans les groupes d'utilisatrices de méthodes d'auto-observation (voir chapitre 8), qui cherchent des méthodes à utiliser tous les mois pendant la période fertile, que son utilisation est la plus recommandée et appréciée. C'est le cas d'Émeline, qui utilise la Symptothermie :

Enquêtrice : Et du coup, tu me disais que quand t'as commencé sympto tu as acheté un diaphragme, c'est ça ?

Émeline : Ouais. La révolution. Ce truc c'est la révolution ! (rire) Après ça demande juste d'avoir un copain stable, et d'être sûr qu'il soit pas volage, ou même toi hein ! Mais t'as le peau contre peau, tu le sens pas, tes partenaires le sentent pas, tu peux le mettre à l'avance ou juste après les préliminaires, c'est génial. C'est la même efficacité d'une capote de mec, et je pense que faut vraiment le vouloir pour le mettre

¹² Ce qui s'explique par la surreprésentation de femmes diplômées et militantes dans l'échantillon – voir chapitre 2.

¹³ Professeure en lycée, 29 ans, mariée, deux enfants (DIU au cuivre après un an de diaphragme).

¹⁴ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

super mal, hein. C'est super simple à mettre, si tu mets une cup¹⁵. Ça glisse tout seul, tu l'encoches [sur le col de l'utérus], allez c'est bon ! (petit rire)

Pour Émeline, le diaphragme apparaît ainsi comme une solution qui permet de conserver des sensations que le préservatif masculin lui fait perdre et qui a l'avantage de la flexibilité quant au moment de pose. Néanmoins, elle ne l'utilise plus aujourd'hui, car il faudrait qu'elle en rachète un nouveau suite à une infection vaginale : il y a donc une dimension militante dans son discours, qui contredit son utilisation quotidienne du préservatif masculin. Et malgré ses avantages, Delphine, qui l'utilisait en continu (et pas uniquement en période « fertile »), juge que c'est une méthode « contraignante » : c'est pourquoi elle a arrêté au bout d'un an pour se faire à nouveau poser un DIU. Le diaphragme peut en effet s'avérer « hyper compliqué à mettre en place » (Marielle¹⁶, qui ne veut donc pas l'utiliser), surtout au début, c'est pourquoi il est donc recommandé d'essayer d'abord sous le contrôle d'un-e professionnel-le de santé. Caroline¹⁷, qui l'utilisait également, a ainsi préféré arrêter, parce qu'elle dit être « vraiment une grosse flemmarde » et qu'elle n'aimait donc pas « tout ce qu'il [fallait] faire avant ».

Le diaphragme fait ainsi plutôt l'objet d'une utilisation sur des périodes restreintes, ses avantages en matière de sensations et d'économies contrebalançant rarement, sur le long terme, les difficultés et les contraintes de son utilisation.

1.3 Les spermicides : négocier la sécurité ?

Les spermicides étant très peu utilisés – que ce soit seuls ou en association avec le diaphragme, lui-même largement marginal –, il existe peu d'études à leur sujet, et moins encore « la manière dont les couples intègrent érotiquement [...] les spermicides dans leur routine sexuelle¹⁸ » (Higgins et Smith 2016, p. 444). Néanmoins, quelques enquêtée-s ont eu l'occasion de tester cette méthode, souvent pendant des périodes limitées et avec plus ou moins de succès (Maeva¹⁹ a ainsi été enceinte en utilisant des spermicides – une grossesse qui s'est finalement soldée par une fausse couche). Dans tous les cas où elle est utilisée, elle apparaît néanmoins comme un dernier recours, parfois face au refus du partenaire d'en utiliser une autre (et alors que l'utilisation d'une contraception médicale n'est pas souhaitée ou pas envisageable). Ainsi Marjorie a utilisé des spermicides avec un de ses compagnons qui pratiquait le retrait mais refusait d'utiliser un préservatif, afin de « diminuer [le risque] un maximum », et Nolwenn²⁰ a été contrainte d'y avoir recours pendant un an, en plus du préservatif masculin, lorsqu'elle était adolescente, à cause de la mère de son petit ami :

Quand sa mère a su pour nous, elle a pété un plomb parce que elle avait tellement peur que la capote craque qu'elle voulait absolument que je prenne la pilule. Donc je lui ai dit que c'était hors de question. Et donc elle voulait m'emmener elle-même chez le

¹⁵ Il s'agit de la coupe menstruelle, protection hygiénique en forme de petit entonnoir, généralement en silicone, qui se place dans le vagin et qui permet de recueillir le flux menstruel.

¹⁶ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

¹⁷ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

¹⁸ "How couples erotically incorporate [...] spermicides, into their sexual routine."

¹⁹ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

²⁰ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

gynéco de force, enfin voilà, elle a pété un câble, parce que pour elle le seul moyen de contraception valable c'était la pilule. [...] Donc voilà, donc j'ai réussi à tenir bon, mais du coup pour la rassurer on a utilisé aussi des spermicides. Et voilà, donc la combinaison des deux pour qu'elle soit sûre à 100 % que même si la capote craque, y'aura, voilà. [...] Et puis au bout d'un moment j'ai dit « Laisse tomber, c'est juste pour satisfaire le caprice de ta mère, de toute manière elle regarde même pas si on en a acheté ou pas... Voilà, c'est bon. »

L'utilisation de spermicides apparaît comme le résultat d'une négociation entre Nolwenn et la mère de son petit ami, ce qui témoigne de manière particulièrement exacerbée de la responsabilité féminine en matière contraceptive.

Mais entre la décision d'utiliser cette méthode et l'utilisation elle-même, le pas peut être difficile à franchir. Après avoir acheté des spermicides, Carine²¹ a d'ailleurs préféré y renoncer :

Avant d'essayer les préservatifs, j'avais acheté des boîtes de spermicides, et puis alors... (rire). Y'avait deux méthodes, y'avait ovules, et crème. J'ai sorti le tube de crème, et y'a une pipette avec. Et c'est là qu'on se rend compte de la quantité de produit qu'il va falloir mettre, et là on dit « Mais qu'est-ce que c'est que ça !! » (rire). [...] En gros c'est une énorme pipette, mais vraiment un truc monstrueux (rire), et là on se dit qu'il va falloir mettre une quantité de crème à l'intérieur... C'est un peu dégueulasse, enfin bon, ça c'était pas possible, donc le tube de crème je l'ai rangé.

Les spermicides sont du côté de la saleté, du « dégueulasse » : d'une forme de « souillure » du corps (Douglas 2001 [1967]). Par ailleurs, on retrouve ici un élément déjà souligné à propos du préservatif féminin, à savoir que la taille de la pipette donne à voir un élément normalement dissimulé : la taille, ou plutôt ici la « contenance », du vagin féminin. Or, cette visibilisation est problématique pour Carine. Si l'ovule peut permettre d'éviter cela, il présente selon Carine d'autres limites :

C'est pareil, l'ovule il est censé se libérer, on est censé le mettre avant et tout, mais je me suis dit que ça allait rendre certaines pratiques... inconfortables, pour monsieur, quand il est par en bas, vous voyez ? (rire) Donc j'ai dit non, ça c'est pas possible, non. Donc voilà, on l'a pas fait, j'ai acheté les boîtes, elles sont restées dans l'armoire.

Les spermicides ont en effet comme particularité d'être plus ou moins liquides (ou de le devenir rapidement, dans le cas de l'ovule), ce qui peut ne pas être compatible avec une pratique comme le cunnilingus. À nouveau, c'est la crainte d'insérer dans le script un objet perturbant l'hygiène associée à celui-ci qui est exprimée. Nolwenn l'identifie ainsi à un « suppositoire pour vagin » :

C'est une capsule que tu mets, et puis ben... Elle fond. Donc déjà il faut te dire « Dans deux minutes, on va y passer, donc du coup on met la capsule, voilà, après on continue nos trucs, ah ça y est c'est bon la capsule elle a fondu, donc on peut y aller quoi », et des fois ça tombait en morceaux, enfin c'est glauque en fait. Et ça dégouline, donc... Voilà. Et puis en plus c'est 84 % de fiabilité, donc pour moi c'est pas assez.

Indépendamment du manque de fiabilité, deux éléments gênent Nolwenn. D'une part, l'aspect « physique », en l'occurrence liquide, des spermicides, qui risquent de « dégouliner » et donc d'être source de saleté. D'autre part, le fait de devoir attendre la « fonte » de l'ovule avant de pouvoir passer à

²¹ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

l'étape pénétrative du script sexuel, qui oblige à la réflexion là où c'est un lâcher-prise qui est appelé. Comme elle le souligne plus loin, si elle n'a aucun problème avec l'insertion du préservatif dans le script elle considère au contraire que l'ovule « *cassait* en fait vraiment le rythme », d'autant que cela « déstabilisait » son partenaire et que c'est donc elle qui devait, toute seule, « mettre [ses] doigts dans [son] vagin ». Par ailleurs, leur durée d'efficacité est limitée, et comme l'explique Maeva ils ne permettent pas d'effectuer ensuite une toilette intime comme elle en a l'habitude :

En fait c'est un ovule genre cinq-dix minutes avant le rapport, et je crois que ça fonctionne pendant 4 heures en fait. Donc du coup si y'a un deuxième rapport on doit en remettre un autre, et par contre ce qui est casse-pied en fait c'est qu'on doit pas se laver directement, parce qu'en fait moi je me lave à l'hygiène intime (*sic*), et on doit pas se laver directement après le rapport. Sinon ça supprime en fait les ovules.

Les spermicides perturbent ainsi différents aspects du script sexuel : non seulement les pratiques qui le composent, en empêchant, ou en rendant moins confortables, certaines d'entre elles, mais également la fin de ce script, dans le cas de Maeva. Ils peuvent enfin être gênant en matière de plaisir, comme en témoignent Marjorie qui souligne que « ça [lui] a un peu brûlé l'intérieur », et que ce n'était donc « pas très agréable, ni à appliquer, ni à supporter », ou encore Nolwenn qui explique que cela « a fini par [lui] donner des mycoses ».

Les spermicides sont donc également des méthodes dont l'utilisation est rarement constatée sur le long terme, leur consistance et leur manque de fiabilité posant problème dans le script sexuel.

Finalement, la description de l'utilisation de ces trois types de méthodes nous permet d'abord de voir qu'elles sont sous responsabilité féminine : ce sont les femmes qui le posent sur, ou plutôt dans, leurs corps, qui doivent se soumettre à l'autocontrôle qu'elles nécessitent et qui sont donc susceptibles de développer une réflexivité plus forte concernant la sexualité. Leur utilisation ne semble donc pas renverser les rapports de genre qui se jouent autour de la contraception. Ensuite, les représentations des organes sexuels qu'elles peuvent impliquer sont problématiques. Enfin, l'obstacle qu'elles sont susceptibles de représenter, au sein du script de la sexualité contraceptée, est présenté comme un frein à leur utilisation. Mais qu'en est-il alors du préservatif masculin, objet contraceptif qui concerne, pour sa part, le corps des hommes ?

2 Le préservatif masculin : défaire les scripts sexuels et faire le genre

Quelle place occupe aujourd'hui le préservatif masculin dans les parcours contraceptifs et sexuels ? Le dernier Baromètre santé, qui propose les chiffres les plus récents sur la contraception, indique que « l'usage du préservatif comme moyen de contraception dépend avant tout de l'âge » (Rahib, Le Guen et Lydié 2017, p. 3). On remarque en effet qu'il est « le moyen le plus utilisé par les 15-19 ans (45,6 %) parfois en association avec la pilule (dans 16,0 % des cas) », puis que « la proportion de femmes y ayant recours décline au fil de l'âge », même si « il reste utilisé par plus de 10 % d'entre elles

après 40 ans » (*Ibid.*). Le préservatif masculin est en effet employé principalement au cours des débuts de relation et des rapports occasionnels, qui sont l'un comme l'autre plus fréquents chez les personnes les plus jeunes, moins souvent en couple stable. Il est ainsi très majoritairement utilisé pour la « première fois » (85 % des cas selon le Baromètre santé 2016), en association avec la pilule chez plus d'une femme sur trois (Bajos, Rahib et Lydié 2018, p. 2).

Parmi les enquêté·e·s ayant entre 20 et 45 ans, et ayant donc commencé leur vie sexuelle alors que le VIH s'était déjà diffusé, l'utilisation du préservatif au premier rapport et lors des rapports occasionnels apparaît comme une évidence partagée malgré les différences de générations, comme on peut le constater avec Béatrice²², 45 ans, et Romain²³, 20 ans :

Enquêtrice : Et justement, quand vous avez commencé à avoir besoin de contraception, est-ce que vous utilisiez uniquement la pilule ou est-ce qu'il y avait aussi le préservatif, ou des spermicides ?

Béatrice : Le préservatif, oui oui. Le préservatif, voilà. Parce que quand on est avec quelqu'un, comme ça, de passage... (sourire) On sait que ça va pas durer longtemps, donc voilà, je préférerais avoir les deux.

Romain : Je pourrais pas faire l'amour sans protection, ça c'est clair. [...] Parce que déjà ça peut avoir des conséquences. Que ce soit pour la fille, ou que ce soit pour moi, au niveau des maladies sexuellement transmissibles, ou qu'elle puisse tomber enceinte quoi. J'ai pas envie qu'elle ait des soucis, ou qu'on ait des soucis, faut pas qu'un acte sexuel ça se transforme en problème quoi. Que ce soit un moment agréable et sans souci.

Enquêtrice : Ouais. D'accord. Et c'est quelque chose dont vous avez discuté ensemble, le fait de mettre un préservatif [lors du premier rapport] ?

Romain : Euh, oui. On en a discuté, mais... Bah ça nous a semblé une évidence, quoi.

Cette « évidence » partagée de l'utilisation du préservatif dans certains contextes doit cependant être interrogée. Aujourd'hui, c'est majoritairement chez les hommes ayant des rapports avec des hommes que se font les découvertes de séropositivité (un peu plus de 2 500 cas détectés par an), alors que chez les hommes comme chez les femmes hétérosexuel·le·s, celles-ci diminuent – le niveau étant particulièrement bas chez les personnes nées en France (autour de 500 nouveaux cas détectés par an pour chaque groupe de sexe²⁴). Le VIH n'est certes pas la seule infection sexuellement transmissible, et d'autres comme les infections à *chlamydia* et à gonocoque sont au contraire en augmentation²⁵. Mais compte tenu de l'association entre VIH et préservatif, on aurait pu penser qu'une stabilisation des contaminations entraînerait une diminution de l'utilisation de ce dernier. Mais on ne l'observe pas pour les générations étudiées dans le cadre de cette recherche. Seule une des enquêtées les plus jeunes,

²² Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

²³ Étudiant, 20 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

²⁴ Source : <http://vih.org/20171129/vih-en-france-en-2017/139817>, consulté le 17 janvier 2019.

²⁵ Le nombre de contaminations a en effet été multiplié par trois entre 2012 et 2016, en particulier chez les 15-24 ans. Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>, consulté le 17 janvier 2019.

Émeline²⁶, se distingue de « la génération de [ses] parents » en soulignant qu'elle a peu utilisé de préservatifs car « c'est un peu derrière nous ». Cependant, ce n'est pas par une baisse de la perception du risque qu'elle explique son attitude, mais par le fait que sa génération a un rapport différent à celui-ci : c'est une « génération à risque » (sur le sujet voir Giroux 2016). Néanmoins, les autres enquêté-e-s de son âge ne tiennent pas le même discours.

Il s'agit donc de comprendre sur quelles structures repose cette évidence de l'utilisation du préservatif masculin – en particulier, est-elle le fruit d'une coopération entre hommes et femmes ? Mais analyser cette utilisation, c'est également porter attention aux effets de cet objet sur le genre, sur la sexualité et sur la réflexivité à propos de celle-ci, trop souvent laissés de côté, qu'il faut s'intéresser.

2.1 Une méthode coopérative ?

Les représentations du préservatif se sont largement modifiées : d'un objet concernant le corps des hommes et donc très largement, voire uniquement, à leur charge, il est devenu plus mixte. Cela joue tant sur la responsabilité qui y est liée que sur son utilisation et les négociations qu'elle implique. Cette utilisation s'intègre dans des rapports de genre et des représentations de la conjugalité préexistantes, mais elle participe aussi à « faire » le genre (West et Zimmerman 2009 [1987]). Par ailleurs, ses significations en termes de sexualité lui donnent une place, précise et susceptible de varier selon le milieu social, dans les parcours sexuels et contraceptifs.

2.1.1 Un objet au cœur des rapports de genre

La manière dont la sexualité avec préservatif participe de la reproduction des rapports de genre, et ne fait pas que refléter ces derniers, se donne à voir dans les modalités présidant la décision de l'utiliser ou non. La situation conjugale, en particulier, a un effet important sur l'utilisation de cet objet.

Tableau 18. Méthode contraceptive utilisée en fonction de la situation conjugale (en %)

	Préservatif (m+f)	Pilule + préservatif	Pilule	Autres méthodes hormonales	DIU	Stérilisation	Autres méthodes	Total
Sexe	F H	F H	F H	F H	F H	F H	F H	
Pas de partenaire fixe actuellement	33 84	10 4	29 3	3 0	12 1	3 0	11 8	100
Un-e partenaire depuis moins d'un an	20 31	17 26	32 31	7 2	12 2	3 0	9 10	100
Un-e partenaire depuis au moins un an	12 16	2 3	40 42	5 4	27 20	5 5	10 11	100
Ensemble	16 32	4 5	37 32	5 3	23 14	5 3	10 10	100

Champ : hommes et femmes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

²⁶ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

Le préservatif arrive, toutes situations conjugales confondues, en troisième place chez les femmes mais en première place *ex aequo* chez les hommes. Ces derniers sous-déclarent souvent l'utilisation des méthodes médicales, dont ils n'ont pas toujours connaissance. Mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est que l'utilisation du préservatif décroît lorsque le couple se forme, passant chez les femmes de 43 % (33 % en utilisation seule + 10 % en utilisation combinée avec la pilule) d'utilisatrices déclarées à 37 %, et chez les hommes de 88 % à 57 %. Mais c'est lorsque le couple dure que son utilisation s'effondre véritablement, et surtout que les déclarations féminines et masculines se rapprochent finalement : 14 % d'utilisatrices et 19 % d'utilisateurs (soit 5 points de pourcentage d'écart, contre 45 points lorsqu'il n'y a pas de partenaire fixe, et 20 points lorsque le couple a moins d'un an). La durée du couple apparaît ainsi comme une donnée centrale pour comprendre l'utilisation du préservatif – et la surdéclaration masculine peut s'expliquer tant par la volonté de montrer son implication que par une tendance féminine à invisibiliser l'utilisation du préservatif par rapport aux méthodes réputées plus fiables ou plus légitimes.

C'est lors des relations occasionnelles que le préservatif est le plus utilisé. Selon Pauline²⁷, c'est « un truc aussi automatique que dire bonjour aux gens quand on va chez eux », et elle assimile cela à une « leçon » bien apprise. Concernant le premier rapport avec un nouveau partenaire, puis le passage du préservatif à la pilule, la norme semble ainsi majoritairement incorporée par les femmes. Cette idée d'une utilisation du préservatif de « bonne élève » (Laura Li²⁸) semble d'ailleurs particulièrement diffusée parmi les enquêtées ayant du capital culturel, ce qui rejoint l'idée que « les dispositions à se montrer prévoyant [concernant la sécurité routière et le changement climatique] se rencontrent en premier lieu au sein des catégories sociales élevées pour lesquelles elles constituent notamment un prolongement des “bonnes manières” qui se transmettent par l'éducation » (Comby et Grossetête 2012, p. 264). Ici, c'est également une distribution différentielle de la prévoyance selon des lignes genrées que l'on constate. Ce sont majoritairement les femmes qui semblent prendre en charge matériellement le préservatif, comme en témoigne par exemple Clémence²⁹ selon qui, lorsqu'elle a commencé à avoir des rapports, « si [elle] voulait que le rapport soit protégé il fallait [qu'elle ait] prévu, et souvent il fallait même argumenter pour que y'ait utilisation de préservatifs ». Nolwenn³⁰, qui a depuis peu un autre partenaire que son compagnon, rapporte une situation semblable lors de son premier rapport sexuel, non prévu, avec ce nouveau partenaire :

Enquêtrice : Et lui par contre il avait des capotes de prévues ?

Nolwenn : Non. Donc... le premier soir ça a pas été possible, on en est resté à des préliminaires, et par contre je suis arrivée samedi, je lui avais acheté une boîte de capotes, je lui ai dit « Tu les utilises avec qui tu veux, je m'en fous mais... tu les gardes dans ton tiroir ! » (rire)

²⁷ Étudiante, 23 ans, en couple (préservatifs).

²⁸ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

²⁹ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

³⁰ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

Les préservatifs, indispensables pour Nolwenn à un rapport pénétratif, sont donc fournis par elle non seulement pour ses propres rapports, mais également pour ceux que son « amant » aurait avec d'autres partenaires. Ce sont ainsi les femmes qui prennent en charge le risque tant concernant les grossesses non désirées que les maladies.

Mais cette prévoyance genrée se rencontre également dans les rapports conjugaux, comme pour Mélanie³¹, en couple depuis un an et qui ne vit pas avec son compagnon (qui est séropositif) :

Donc c'est toujours moi, même quand je vais chez lui, qui en a [des préservatifs]. Mais je pense que c'est un peu comme... les mères qui disent à leur garçon "Nettoie ta cuvette de toilettes", mais que finalement on passe toujours derrière et qu'on nettoie, je pense que c'est... C'est de ma faute, j'aurais dû dès le départ [faire autrement]...

On distingue ainsi l'emprise de la charge tant mentale que matérielle (voire ménagère, dans la mesure où c'est ici avec le nettoyage des toilettes que l'achat du préservatif est comparé) que représente le préservatif pour Mélanie – charge d'autant plus importante que protection et contraception sont ici concernées. Si cette prévoyance féminine peut effectivement assurer, comme dans le cas de la sécurité routière et du changement climatique étudiés par Jean-Baptiste Comby et Matthieu Grossetête, certains profits symboliques (face au personnel médical ou même à l'enquêtrice), ceux-ci demeurent très limités dans l'interaction sexuelle, où le préservatif représente plutôt une charge pour les femmes. C'est d'autant plus le cas qu'en l'imposant, elles deviennent responsables de ses éventuels effets négatifs sur le désir ou le plaisir (voir *infra*).

Dans certaines situations, néanmoins, il y a une distinction entre la norme d'utilisation et la pratique effective de celle-ci. La norme sociale selon laquelle il faut utiliser le préservatif avec les partenaires occasionnel-le-s et lors des débuts de relations, ainsi que faire des tests avant de cesser de l'utiliser, est très largement diffusée, pour les deux sexes et dans les différents milieux sociaux. Pour autant, elle n'est pas toujours respectée. Or, hommes et femmes ont des manières très différentes de rendre compte de leurs rapports occasionnels sans préservatif, ou de leur arrêt du préservatif sans test de dépistage. On peut d'abord s'intéresser au discours des femmes :

Enquêtrice : Et donc là tu disais que tu es célibataire, et du coup, quand tu as des relations sexuelles, qu'est-ce que t'utilises pour éviter d'avoir...

Camille³² : Bah... (ton rieur et honteux) Le préservatif mais pas toujours, je ne suis pas une bonne élève... (petit rire) Ça c'est très mal, non mais je me dis, un jour il va vraiment m'arriver une bricole, donc là je suis en train d'essayer de fortement me raisonner, parce que c'est pas très bien... Mais en général oui, c'est le préservatif. Ouais mais ouais, je l'utilise pas assez souvent, et ça c'est pas bien.

³¹ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

³² Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

Sandrine³³ [à propos d'une de ses premières relations] : Bah à ce moment-là j'étais sous pilule. Euh... ... on a utilisé le préservatif au début. Mais on n'a pas fait de test. Par rapport au sida. On a fait les choses proprement qu'avec celui qui est devenu mon mari après quoi (sourire).

Le fait d'avoir des relations sans préservatif relève du domaine de la souillure (Douglas 2001) pour Sandrine, du manque de « sérieux » pour Camille. De même, à propos d'un rapport sans préservatif avec un homme qu'elle connaissait, Julie³⁴ commente : « Ça c'est moi qui fait des conneries toute seule dans mon coin quoi ». Une autre stratégie, adoptée par Émeline³⁵, consiste à généraliser aux autres femmes son utilisation intermittente du préservatif :

C'est les mauvaises habitudes qu'on a, les filles de notre génération, enfin... On a toujours vécu avec le sida, avec les MST, etc., mais franchement je connais pas beaucoup de filles qui font super attention.

Émeline généralise son comportement aux « filles de [sa] génération », ce qui permet de faire peser le stigmate éventuel non pas sur elle-même, mais sur le groupe. Si certaines femmes préfèrent bien ne pas utiliser de préservatifs, voire utilisent des « tactiques » pour convaincre leurs partenaires de ne pas le faire (Wegner et al. 2018), ce choix reste donc plus difficile à assumer face à l'enquêtrice.

Le registre utilisé par les hommes pour rendre compte de tels cas est assez différent. Rémi³⁶ me raconte un fait semblable, mais sans pour autant porter de jugement sur la situation :

Et puis j'ai rencontré quelqu'un, en une heure, comme ça, un feeling de fou, elle m'a dit « Vas-y, on va prendre une douche » [...]. Du coup c'est arrivé comme ça. Et ça s'est fait... sans capote. Ouais... Deux fois ou trois fois... Dans la même nuit.

Alors même qu'il est en couple au moment où il a ce rapport avec une jeune femme tout juste rencontrée, Rémi ne semble pas juger nécessaire d'utiliser un préservatif. Lorsque les enquêtés émettent un jugement, c'est en fait plutôt le manque de responsabilité de leur partenaire que le leur qui est pointé. Ainsi Julien³⁷ justifie un rapport sans préservatif lors d'un voyage en Amérique du Sud, alors qu'il était en couple et que sa compagne était en France, par le fait que « la fille elle a peut-être oublié » ; alors qu'il raconte un début de relation – à 19 ans, avec une de ses premières compagnes – où le préservatif n'a jamais été employé, Thomas³⁸ commente : « Pourtant elle était plus... elle était censée être moins stupide que moi ! (rires) Et en tout cas plus raisonnable » ; et Matthieu³⁹ trouve « assez imprudentes » les jeunes femmes qui lui font confiance et n'utilisent pas de préservatif (« Si j'étais à leur place, je sais pas, je m'imposerais soit de prendre le préservatif, soit de faire le test, des choses comme ça, quoi, en

³³ Cheffe de service en établissement social, 41 ans, mariée, deux enfants (préservatifs sans latex).

³⁴ Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

³⁵ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

³⁶ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

³⁷ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

³⁸ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

³⁹ Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

fait. »). L'idée qu'il est en fait à la même place qu'elles, étant lui aussi impliqué dans la relation avec une inconnue, ne semble pas relever de sa représentation de la situation. Rémi m'explique d'ailleurs qu'il se fait régulièrement « engueuler » par ses partenaires car il essaie de commencer le rapport pénétratif sans préservatif, et qu'il a l'habitude des « rappels à l'ordre ». Une des rares situations où l'absence de préservatif peut être condamnée est celle de Fabrice⁴⁰, qui jugerait « suicidaire » de s'en passer – mais c'est parce qu'il évoque ses rapports avec des prostituées. Si ce n'est dans une situation où le risque paraît certain, sa gestion reste ainsi reléguée aux femmes.

Ce sont en fait plutôt les cas où les hommes prêtent une attention forte au port du préservatif qui sont considérés comme contrevenant à la norme. Plusieurs enquêtées qui ont eu affaire à des hommes insistant pour utiliser un préservatif (dans le cadre d'un rapport occasionnel) les qualifient d'« hypocondriaques », dévalorisant ainsi cette tentative de prise en charge masculine en l'assimilant à une « peur » des maladies ne correspondant pas au modèle de masculinité dominant. Le cas de Camille montre bien comment ces différentes logiques peuvent s'articuler :

Enquêtrice : Et ça t'est déjà arrivé d'être face à un mec qui voulait absolument utiliser un préservatif, qui insistait ?

Camille : Ah ouais, ouais, ouais. Ouais. Enfin du coup qui lui, naturellement... sort ses préservatifs, et la question se pose pas en fait. Parce que voilà c'est comme ça que ça fonctionne. Ouais ouais, ça m'est arrivé. Mais c'est pas la majorité hein ! (rire) Lui c'était un peu un flippé, un hypocondriaque, donc ça m'étonne pas mais... (rire)

Camille souligne ici à la fois que « c'est comme ça que ça fonctionne » (la norme du préservatif est assimilée), mais que « c'est pas la majorité », mettant en évidence un hiatus qui amène à se questionner sur l'identité de celles ou ceux qui font habituellement « fonctionner » la sexualité. Parallèlement, elle qualifie l'homme qui a insisté pour utiliser un préservatif de « flippé » et, donc, d'« hypocondriaque », minorant les précautions dont il prend l'initiative – et ce alors même qu'elle juge « très mal » de ne pas les prendre elle-même. Ainsi, la volonté de prise en charge de certains hommes peut même être moquée, avec attendrissement, par leurs partenaires ; comme si cela les renvoyait à un genre qui n'est pas le leur.

Les femmes comme les hommes semblent donc tenir pour acquis qu'en cas de manquement à la norme connue de tou-te-s que représente l'utilisation du préservatif, ce sont les femmes qui en sont les plus responsables : elles sont en position de « gardiennes », de « *gatekeepers* » (Holland et al. 1998), sans que cette responsabilité soit toujours assortie du contrôle afférent (voir *infra*). Et alors que les discours des femmes donnent à voir la manière dont elles protègent leurs partenaires en même temps qu'elles se protègent, ceux des hommes dévoilent majoritairement que c'est eux-mêmes, et uniquement eux-mêmes, qui sont concernés par cette protection. Si l'on peut penser que cette différence tient aussi à la présentation de soi – se départir de tout affichage de *care* étant difficile pour une femme, en

⁴⁰ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

particulier dans le cadre d'une discussion avec une autre femme –, elle n'en demeure pas moins flagrante, en particulier dans les milieux les plus éduqués.

2.1.2 Utilisation et arrêt du préservatif. Protection ou contraception ?

Pour comprendre l'utilisation du préservatif masculin, il faut avoir en tête le fait que c'est, avec le préservatif féminin, le seul objet qui évite à la fois les IST et les grossesses non désirées. Néanmoins, sa dimension contraceptive passe souvent au second plan : d'abord, parce qu'il n'est pas forcément toujours présenté (et accepté) comme tel par les soignant·e·s (Ventola 2017, p. 423-457) ; ensuite, parce qu'en France la majorité des femmes utilise une méthode médicale de contraception, rendant l'utilisation du préservatif redondante. Lorsqu'il y a double protection, le préservatif est surtout là pour éviter les IST.

Néanmoins, dans certains cas, cet objectif de double protection, pour protéger des IST et maximiser la protection contraceptive (et ce même passée la période d'initiation sexuelle, comme le soulignent Higgins et Cooper 2012 concernant les États-Unis), peut être visé de manière consciente. En témoigne par exemple Guillaume⁴¹, lorsqu'il évoque sa compagne actuelle, qui reprend la pilule et avec laquelle ils viennent d'effectuer les tests pour les IST. Il rapporte un échange récent entre eux :

Et puis là elle me dit « Ouais non, Guillaume... Je préférerais quand même que tu continues à mettre le préservatif. » Je fais « Quoi ?! Mais c'est débile ! [...] Si on vérifie tous les deux qu'on n'a pas les maladies sexuellement transmissibles, déjà de ce point de vue là c'est bon, et puis si tu prends la pilule tu risques pas de te mettre enceinte quoi ». [...] Même en prenant la pilule contraceptive, elle avait trop trop peur d'être enceinte, mais vraiment, elle était pas bien du tout, du tout, du tout. Du coup je lui dis « Bah écoute, ok, si tu veux je le mettrai mais à la longue ça va vraiment m'emmerder quoi ». Du coup elle a un peu tiré la gueule... Elle était « Ouais bon d'accord... » (petit rire) Ouais elle c'est double protection. [...] Moi de prime abord je trouve ça un peu ridicule mais bon... Disons que je suis prêt à le faire pour elle. Pas trop longtemps. On verra. Parce que c'est clairement mieux sans préservatif.

Guillaume exprime ici son incompréhension face à la peur de sa compagne. Par ailleurs, dans la mesure où sa volonté d'utiliser à la fois préservatif et pilule contrevient à la norme française en matière de contraception, il se sent tout à fait légitime à la prévenir que la situation, qui apparaît donc comme anormale, ne pourra pas durer, ou du moins « pas trop longtemps ». En effet, la pilule est légitime et suffisante à ce qu'elle évite de « se mettre » enceinte – lui-même disparaissant de l'action dans la tournure qu'il choisit d'employer.

En effet, c'est majoritairement en tant que protection contre les IST que le préservatif est utilisé, ce qui explique qu'il soit généralement limité aux débuts de relations et aux relations occasionnelles – et mieux accepté pour celles-ci (Hynie et al. 1998 ; Crosby et al. 2014). Lorsqu'il n'est pas utilisé, les raisons invoquées restent aujourd'hui les mêmes que celles que l'on a pu évoquer au chapitre 5

⁴¹ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

(section 2.2.3). Les « protections imaginaires et symboliques » mises en évidence par Rommel Mendès-Leite (1995) restent très largement opératoires. Il peut s'agir de « mécanismes de repérage » des nouveaux/elles partenaires, comme dans le cas de Lucile⁴², qui n'a de rapport qu'avec de « bons petits Français » (« mais pas du tout ce qui est Asie, tout ce qui est Afrique et tout ça »), même si elle juge que « c'est nul » comme raisonnement ; de Jeanne⁴³ et son compagnon, qui sont en relation libre, utilisent des préservatifs mais n'en veillent pas moins à choisir des partenaires « dont [ils savent] qu'ils sont sérieux » ; ou de Fadi⁴⁴, qui n'a pas utilisé de préservatif avec sa dernière partenaire car il savait « qu'elle était pas partie à l'étranger récemment ». Il peut également s'agir de « mécanismes de maintien » (*Ibid.*) pour les relations de plus long terme. Ainsi Clémence⁴⁵ explique, à propos d'un partenaire avec lequel elle a eu une relation d'un mois sans préservatif, avoir « dû lui faire confiance sur le fait qu'il me disait qu'il était clean » ; Matthieu⁴⁶ a eu plusieurs rapports sans préservatif avec « des personnes [qu'il] connaissait », dans le cadre d'« une relation de confiance » ; et Kelly⁴⁷, interrogée sur l'utilisation de préservatifs lors de sa dernière mise en couple, explique :

Enquêtrice : Et avec votre partenaire actuel, vous en avez utilisé au début ?

Kelly : Mon partenaire non, parce que je le connaissais, en fait mon partenaire actuel je le connaissais déjà, c'était un ami de la famille, et étant donné qu'il a déjà deux enfants, et que il est resté dix ans avec la même femme, je pense que... (petit rire) J'ai pas eu besoin de faire, allez, d'avoir de doutes quoi. Parce que là j'ai pas... Non, je me suis pas protégée. (sourire)

Ici, Kelly ne ressent pas le besoin de justifier le fait de ne pas avoir utilisé de préservatif, car le fait de bien connaître son partenaire (un « ami de la famille ») apparaît comme une protection suffisante.

Cette idée que le préservatif n'est pas nécessaire lorsque la connaissance et la confiance sont présentes entre les partenaires se donne aussi à voir dans le cadre de son arrêt, et plus précisément dans les représentations qu'il charrie en matière de conjugalité. Christophe Giraud a montré, dans son étude sur le rapport des jeunes femmes à l'amour, que la mise en couple peut se faire selon différentes modalités :

Il y a les contrats sérieux, promesse d'un scénario amoureux et conjugal ; les contrats légers, sans promesse pour la suite ; et un troisième type intermédiaire, les contrats sérieux-légers, où l'on cherche à connaître un partenaire mais sans promesse de scénario amoureux. (Giraud 2017, p. 66)

Or, l'accord sur le type de contrat peut être nécessaire pour décider de cesser le préservatif, comme l'explique Jacob⁴⁸ à propos de sa dernière relation :

⁴² Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

⁴³ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

⁴⁴ Informaticien, 26 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

⁴⁵ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

⁴⁶ Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

⁴⁷ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

⁴⁸ Doctorant, 26 ans, célibataire (préservatifs).

Jacob : Bah là la dernière personne avec qui j'étais, donc ça a duré plusieurs mois, on se voyait toutes les deux semaines. Mais j'étais pas en couple. Ça a duré trois mois je dirais. Et elle voulait pas qu'on se protège, souvent. Moi je voulais toujours.

Enquêtrice : D'accord. Et pourquoi est-ce que elle elle voulait pas ?

Jacob : Parce qu'elle disait que c'était mieux sans. Mais... (petit rire) Je pense que c'est un peu plus compliqué. Je pense qu'elle voulait être en couple avec moi, moi je voulais pas. Et ça c'était clair, enfin c'était clair, depuis le début, je l'avais toujours dit. Et elle avait dit OK, mais je voyais, je sentais, je voyais bien que c'était pas vraiment... Enfin, ce qu'elle disait ça correspondait pas exactement avec ce qu'elle pensait, à mon avis. Et je pense aussi que ce truc de pas mettre de préservatif, elle le voyait comme un truc de... d'un pas un peu vers un couple.

Le préservatif symbolise ici, pour Jacob, la mésentente qui l'oppose à sa partenaire, qui cherche selon lui ainsi à faire glisser leur contrat « sérieux-léger » vers un contrat « sérieux » alors même qu'il a exprimé un désaccord ferme. Ce n'est pas tant un obstacle au script sexuel que le symbole du statut de la relation. C'est également le cas pour Matthieu⁴⁹, qui explique, à propos d'une des jeunes femmes avec laquelle il avait une « amitié améliorée », qu'il a continué à utiliser le préservatif car « pour [lui] on arrête le préservatif quand on est dans une relation sérieuse, et puis là c'était, c'était pas sérieux ». Ils ont quand même eu un rapport sans préservatif (« dans l'action, quoi, peut-être trop d'envie ») ; néanmoins celui-ci est mis de côté dans le récit et considéré comme sans signification du point de vue de la conjugalité. On retrouve la même distinction entre le fait d'*avoir un rapport sans préservatif* et de *décider d'arrêter le préservatif*, qui engage au niveau relationnel, dans le discours de Sylvain⁵⁰, qui me raconte un rapport sans préservatif :

Enquêtrice : Et vous aviez déjà arrêté le préservatif à ce moment-là ?

Sylvain : Euh... C'était une fois sans préservatif ouais, mais je crois qu'on l'avait pas arrêté. [...] Ouais c'était sur la fin [de la période avec préservatif].

Au contraire, lorsque la relation de couple se concrétise, l'arrêt du préservatif devient nécessaire, cet objet restant attaché à des représentations découlant au discours préventif, qui contribue à lier préservatif, risque, relations d'un soir et sida. Comme l'explique Sébastien⁵¹, l'utilisation du préservatif s'oppose à la « logique de l'amour », en faisant « sortir de ce contexte de confiance et d'harmonie qu'on peut espérer » d'une relation. Le cas de Fabien, ayant des pratiques majoritairement (et très fréquemment) avec des hommes rencontrés en ligne, mais également habitué à fréquenter les clubs libertins et à avoir des rapports avec des couples ou des femmes, témoigne d'ailleurs de ce lien entre utilisation du préservatif, évaluation du risque et sentiment. Fabien⁵² utilise systématiquement des préservatifs, pour toutes les pratiques avec les hommes, alors qu'avec les femmes, dans le cadre de relations qui relèvent moins de la « consommation » sexuelle, et où il est plus « sujet à ses émotions, et à ses sentiments que à son envie sexuelle » il lui arrive fréquemment de ne pas en utiliser pour les

⁴⁹ Educateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

⁵⁰ Étudiant, 23 ans, en couple (retrait et préservatifs).

⁵¹ Ingénieur en reconversion pour être masseur, 38 ans, en couple (sa compagne a un DIU).

⁵² Créateur de sites internet, 33 ans, célibataire, bisexuel et très actif sexuellement (préservatifs).

fellations. Le préservatif est l'objet de la relation occasionnelle, mais il peut sembler difficile à marier avec des sentiments.

Dans le cadre d'une relation durable, l'arrêt du préservatif peut alors se faire selon différentes modalités, de façon plus ou moins formelle. Dans tous les cas, il a néanmoins une valeur d'engagement que soulignent tou-te-s les enquêté-e-s : pour Charlotte⁵³ cela prouve que la relation est « sérieuse » (alors même que son petit ami lui avoue au même moment qu'il l'a trompée sans se protéger au début de leur relation) ; pour Isabelle⁵⁴ le fait de faire un test VIH avec son premier amant pour arrêter le préservatif est « symbolique d'un engagement » ; et Véronique⁵⁵ associe cela au mariage :

C'est un peu comme une demande en mariage, mais allégée ! (petit rire) Parce que, il faut qu'il y en ait un qui décide de dire à l'autre « Bon, ben ça a l'air sérieux entre nous... Est-ce que tu crois pas que on pourrait faire un test ». Donc c'est vrai que c'est pas facile, comme... C'est toujours pareil, c'est l'espèce de lutte entre qui est celui qui va aborder... Je crois que c'est inhérent à l'humanité, ça ! Qui va poser la question en premier ? C'est vrai que c'est pas facile parce que si on se le dit trop tôt c'est mettre la charrue avant les bœufs, et dire à l'autre... C'est un peu comme lui filer ses clés, quoi. Ou laisser sa brosse à dents dans la salle de bain de quelqu'un.

Avant même de décider si un test doit ou non avoir lieu, c'est la décision d'arrêter le préservatif elle-même qui est porteuse de signification sur le plan de la conjugalité.

Concernant ensuite la manière dont se fait l'arrêt, une analyse des résultats de Fecond 2010 portant sur les 15-29 ans montre que la vigilance des femmes, mesurée par leur propension à faire un test avant d'arrêter le préservatif, augmente à partir du second partenaire, alors que ce n'est pas le cas de celle des hommes (Thomé 2016, p. 81). Ce poids du genre dans la perception du risque s'observe aussi, dans les discours des enquêté-e-s, concernant les *modalités* de la décision de faire ou non un test dans le cadre de l'arrêt du préservatif. Parmi les personnes interrogées, on remarque que ce sont majoritairement les femmes qui déclarent avoir pris l'initiative de faire un test, Jeanne⁵⁶ qualifiant cela de « procédure standard ». Laura Li⁵⁷ a par exemple adopté une attitude « pédagogique » envers son petit ami (même si elle prend la pilule, donne régulièrement son sang, et que c'était la première fois pour lui) :

Je m'étais dit qu'il était possible que je sois pas sa seule expérience sexuelle dans sa vie, et qu'il fallait acquérir l'automatisme du préservatif, donc même si on avait pu, je lui ai dit : « Non, on fera les trois mois avec le préservatif, et après on fera le test, et si c'est bon, bah voilà, on s'en passera, et en attendant... même si on n'en a plus et qu'on en a très envie, bah non. » [...] Il se moquait de moi en disant que c'était dans un but pédagogique. (rires)

⁵³ Étudiante, 25 ans, en couple (pilule).

⁵⁴ Psychologue, 49 ans, mariée, un amant, deux enfants (DIU hormonal).

⁵⁵ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

⁵⁶ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

⁵⁷ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

Elle voulait ainsi lui faire acquérir un « automatisme », qu'elle avait elle-même déjà. Plusieurs enquêtées disent ainsi ne pas *proposer* les tests mais les *imposer* à leurs partenaires, comme en témoignent aussi les hommes : Colin⁵⁸, dont la dernière compagne avait été « inflexible » sur le sujet, Patrick⁵⁹ qui a fait le test « à la demande » de son épouse, ou Olivier⁶⁰ qui commente à propos de ses différentes partenaires : « elles ont au moins respecté un peu plus le protocole, un peu médical en termes... Voilà, “Ça fait tant de semaines, on va faire un test” ». Les hommes semblent simplement constater que la demande émane souvent de leur partenaire, sans pour autant ressentir de gêne pendant l'entretien en admettant que l'initiative ne vient pas d'eux. Au contraire, lorsque les femmes racontent ne pas avoir fait le test, elles justifient généralement cette décision, comme le fait par exemple Marjorie⁶¹, qui a toujours arrêté après en avoir juste discuté mais qui explique que les risques étaient minimes, car la majorité de ses partenaires étaient vierges.

Quand les hommes font des tests de leur propre initiative, il semble que c'est plutôt pour eux-mêmes, après une prise de risque (c'est le cas de plusieurs enquêtés après des relations non protégées). Dans le cadre du couple, les hommes ne semblent pas avoir un pouvoir – ou une volonté – d'imposition semblable à celui des femmes. Ainsi Guillaume⁶² souligne, dans un renversement intéressant de la situation :

Claire, elle les a pas faits [les tests], alors que moi je les ai faits pour elle, et elle, elle les a pas faits ! Alors elle les a pas faits, parce que moi j'étais sa première fois, mais même ! Même ! Qu'est-ce que j'en sais moi !

Il paraît ne pas savoir comment réagir face à une femme qui ne joue pas son rôle de prise en charge responsable de la santé. Cependant, ses protestations ne l'empêchent pas d'avoir finalement des relations sexuelles sans préservatif, et ce malgré l'absence de test – ce qui n'est pas le cas de la majorité des enquêtées.

Si certains enquêtés tiennent néanmoins à faire systématiquement des tests, cela peut être pour accélérer l'arrêt du préservatif. Sébastien préfère faire un test précoce (voire très précoce, par exemple au bout d'une semaine⁶³) car il déteste le préservatif ; mais cela ne l'empêche pas de ne pas utiliser de préservatif pour certaines relations. C'est plutôt le rejet du préservatif que le respect d'une norme sanitaire qui semble le guider. Et quand Aline⁶⁴ explique que son partenaire a imposé les tests, qu'elle ne jugeait pas nécessaires car elle en avait fait récemment et compte tenu de ce qu'elle savait du

⁵⁸ Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁵⁹ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

⁶⁰ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

⁶¹ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

⁶² Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

⁶³ Alors que les normes médicales qui recommandent d'attendre six semaines depuis le dernier rapport avec quelqu'un d'autre.

⁶⁴ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

« parcours » de son compagnon, elle présente cela comme un caprice et ajoute qu'« il est quand même très carré, comme mec (petit rire) ». On retrouve l'association des hommes qui se protègent à une forme un peu ridicule d'hypocondrie, comme c'est le cas pour ceux qui insistent pour utiliser un préservatif (voir *supra*). Quand la responsabilité sanitaire échoit aux hommes, elle semble donc être potentiellement difficile à assumer.

L'arrêt du préservatif peut aussi se faire de manière beaucoup plus informelle, « au cours d'une période de communication non-verbale et d'utilisation sporadique », comme le souligne une étude états-unienne portant sur de jeunes adultes de 18 à 24 ans (Mullinax et al. 2017, p. 647). Ce sont principalement des récits masculins qui renseignent cette modalité. L'arrêt peut alors se faire progressivement, mais également être très rapide et définitif, en particulier dès que la dimension contraceptive est bien prise en charge par la femme, comme l'explique Anthony⁶⁵ : « Elle m'a dit "Je prends la pilule". Je lui ai dit "T'as aucune maladie ?" », elle m'a dit "Non", je lui ai dit "Non", et voilà ». Une des explications tient dans le fait que dans les récits masculins, la question de la santé semble souvent secondaire par rapport à la représentation du désir qui est mise en scène. Plusieurs enquêtés racontent avoir déjà décidé d'arrêter faute de préservatifs disponibles et parce que la contraception était assurée par leur partenaire, ou parce qu'ils utilisaient alors le coït interrompu : « je crois qu'un jour on n'en avait plus, mais on avait trop envie de le faire » (Martin⁶⁶), « je pense qu'on n'en avait pas sous la main et qu'on avait envie de le faire » (Julien⁶⁷). Seuls les hommes semblent s'affranchir totalement du discours officiel et assumer le poids des contingences matérielles dans leurs décisions. On peut se demander alors à quel point le discours féminin est travaillé pour correspondre à la norme, dans la mesure où ce type de récits est beaucoup plus présent chez les jeunes femmes. Ici, le discours masculin est donc celui de la domination de désirs irrépessibles (voir chapitre 10), et, dans la mesure où la responsabilité matérielle du préservatif incombe majoritairement aux femmes, on peut penser que l'absence de préservatif à portée de main apparaît comme un signal pour s'en passer.

Cependant, certain-e-s enquêté-e-s utilisent le préservatif dans le cadre de relations durables. Dans la quasi-totalité des cas, cette utilisation soit est épisodique (pour les personnes qui utilisent les méthodes d'auto-observation – voir chapitre 8), soit correspond à une « reprise » du préservatif après un arrêt pour passer à des méthodes médicales qui finalement ne conviennent pas. C'est le cas pour Carine⁶⁸, qui a essayé une grande majorité des méthodes médicales disponibles et qui s'est finalement résolue à utiliser le préservatif, ressentant trop d'effets secondaires avec les autres méthodes (« ce qui a été difficile pour moi, c'est de me rendre compte que j'avais pas de bonne méthode, quoi ») ; de Pauline⁶⁹, qui a arrêté la pilule parce qu'elle fume et n'a pas réussi à se faire prescrire un DIU car elle n'a pas

⁶⁵ Étudiant, 21 ans, en couple avec un homme (pilule et préservatifs avec les femmes).

⁶⁶ Étudiant, 21 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

⁶⁷ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

⁶⁸ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

⁶⁹ Étudiante, 23 ans, en couple (préservatifs).

d'enfant et risque d'en vouloir bientôt, selon sa gynécologue ; de Nolwenn⁷⁰, qui a eu trop d'effets secondaires suite à sa tentative de prendre la pilule, qu'elle s'était décidée à adopter après quelques mois car « ça fait partie du mode de vie du couple » ; de Sandrine⁷¹, qui ne veut plus de traitement hormonal et ne veut pas se faire poser de DIU suite à une expérience « traumatisante » ; ou encore de Patrick⁷², pour la femme duquel le préservatif semble être le seul moyen d'éviter les infections urinaires « à répétition » qu'elle attribue au sperme de son partenaire (mais ce n'est pas à visée contraceptive : elle porte un DIU hormonal). Mélanie⁷³, dont le compagnon est séropositif, est la seule enquêtée pour laquelle dimension prophylactique et conjugalité cohabitent ; dans les cas des couples « libres » ou pratiquant l'échangisme, c'est avec les autres partenaires que le préservatif est systématiquement utilisé, comme pour Flora⁷⁴ (son utilisation étant nettement moins systématique dans le cas de l'adultère). Dans le cadre d'une relation durable, le préservatif est souvent un second choix, souvent contraint.

La gestion matérielle du préservatif se fonde alors dans le reste du travail domestique, son achat étant généralement fait au moment des autres courses, comme l'indique par exemple Carine (« [mon mari] les achète au supermarché, en même temps que notre baguette de pain et nos légumes »). Dans ces cas, et même si le préservatif est rarement un choix de première intention, ses connotations en termes de risque semblent mises à distance. Ce découplage de l'association entre préservatif et risque ne s'observe que pour les relations de long terme – il importe donc de s'interroger sur la manière dont elle se fait, c'est-à-dire dont s'effectuent concrètement les négociations autour de son utilisation et de son arrêt.

2.1.3 Négocier le désir, entre genre et classe

L'association entre arrêt du préservatif et confiance peut être problématique lorsqu'il s'agit tant de le porter que de cesser de l'utiliser. Le fait de mettre ou non un préservatif est ainsi non seulement à mettre en lien avec un facteur « risque », mais aussi à replacer dans des rapports de pouvoir (Girard, « L'amour au temps du sida », in Baille et al. 2017, p. 88). Ne pas vouloir mettre de préservatif est souvent justifié par l'idée d'un « besoin » sexuel « incontrôlable », qui serait particulièrement le fait de l'homme (sur la représentation persistante de « besoins sexuels » masculins, voir Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 547 et *infra*, chapitre 10). Or, bien loin de l'idée de « besoin », certains hommes mettent au point des *tactiques* d'évitement du préservatif – menaces, violences ou encore « sabotage », comme de ne pas le mettre au dernier moment (Davis 2014 ; sur le sujet voir également Brodsky 2017). La

⁷⁰ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

⁷¹ Cheffe de service en établissement social, 41 ans, mariée, deux enfants (préservatifs sans latex).

⁷² Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

⁷³ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

⁷⁴ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

dimension essentialisante associée à l'idée de « besoin » doit donc être relativisée⁷⁵ pour mettre au jour les déterminants sociaux qui la structurent.

Si l'on s'intéresse aux rapports occasionnels et aux premières relations, le lien entre genre et sexualité apparaît être un opérateur central pour rendre compte de l'utilisation ou de la non-utilisation du préservatif. Le préservatif est en effet un objet sexuel, et les représentations qui associent la sexualité à la masculinité, faisant de l'homme un « irresponsable » par nature, tandis que cette même sexualité est déniée aux femmes (Spencer 1999), jouent un rôle important dans les négociations autour du préservatif. Il trouve en effet sa place comme objet potentiel de négociation permettant pour les femmes d'autoriser ou non la relation sexuelle : c'est à elles, qui sont supposées ne pas être guidées par leurs « pulsions », de prendre en charge cette responsabilité. Ces représentations genrées de la sexualité se retrouvent à plusieurs reprises dans les entretiens, et s'articulent avec la responsabilité féminine de cet objet. Celle-ci est d'ailleurs d'autant plus importante dans les milieux sociaux les plus diplômés, où la prise en charge féminine de la santé sexuelle est la plus légitime et où le préservatif apparaît d'abord comme un objet médical. En tant que tel, il est associé à une sexualité responsable, que les femmes sont donc légitimes à gérer, contrairement à ce qui était le cas avant l'arrivée du VIH (pour un approfondissement consacré aux jeunes diplômé·e·s voir Thomé 2016). Dans les milieux populaires, c'est au contraire la dimension sexuelle de cet objet qui domine – ce qui peut entraver l'utilisation qu'en font les femmes, car elle est susceptible de compromettre leur « respectabilité » (Skeggs 2015 [1997]). Comprendre les représentations de la sexualité des enquêté·e·s est ainsi crucial pour rendre compte des responsabilités et des représentations autour du préservatif.

Lorsque la représentation dominante est celle d'une égalité hommes-femmes qui s'étend au rapport à la sexualité, l'idée que les femmes *sont légitimes* à s'occuper du préservatif conduit à un glissement vers celle que les femmes *doivent* s'en occuper, comme elles le font de tout ce qui concerne la santé et le soin des autres⁷⁶. Certains éléments, comme le fait d'avoir eu une partenaire qui a avorté auparavant, peuvent tout de même pousser certains hommes à prêter une attention plus forte à la contraception, comme le montre une étude des résultats de Fecond 2010 (Le Guen et al. 2015, p. 51). C'est néanmoins surtout le cas chez les plus diplômés. Le fait que cette norme de l'« ethos égalitaire » soit largement répandue dans les représentations, à défaut de l'être dans les pratiques (Clair 2011), contribue à expliquer l'évidence de la prise en charge féminine du préservatif masculin.

Au contraire, lorsque la représentation d'un désir masculin prééminent domine, la relation sexuelle n'apparaît pas comme égalitaire mais bien plutôt comme une forme de « cadeau » que la femme

⁷⁵ La comparaison avec l'alimentation permet par exemple de le faire, comme le soulignent Michel Bozon et Henri Leridon : « Le fait qu'il existe un besoin de se nourrir (bien plus pressant à maints égards que la "pulsion" sexuelle) n'entraîne pas que les habitudes alimentaires des individus puissent être correctement décrites comme "expression" d'une pulsion universelle. » (Bozon et Leridon 1993, p. 1175)

⁷⁶ Certains hommes multipartenaires préfèrent néanmoins amener eux-mêmes les préservatifs, quitte à ne pas les sortir s'ils ont « confiance », pour une raison plus pragmatique : ils ne supportent que certains modèles (voir *infra*).

ferait à son partenaire. Or, comme le montre l'enquête Contexte de la sexualité en France, la représentation du désir reste effectivement fortement différenciée : ainsi, selon 73 % des femmes et 59 % des hommes, les hommes ont « par nature » plus de « besoins sexuels » que les femmes (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 547). Si l'on note bien la diffusion d'un certain idéal de réciprocité, voire de ce qu'Isabelle Clair appelle un « ethos égalitaire » (2011), celui-ci concerne plutôt les pratiques que les représentations, et la sexualité semble toujours se décliner « d'une manière plus immanente pour les hommes (qui ont des besoins explicites davantage exprimés) et plus relationnelle pour les femmes (qui sont plus nombreuses à "consentir") » (Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 374). Concernant les rapports occasionnels, on peut observer l'effet que ces représentations peuvent avoir concernant le préservatif : s'il désire que le rapport ait lieu, l'homme doit le prendre en charge.

Pour analyser cela, on peut, avec Paola Tabet (2014), faire bouger la division qui partage les rapports sexuels d'une ligne qui distingue mariage et prostitution à une autre, différenciant les situations où la femme est *partenaire* de l'échange, et celles où elle est *objet* de cet échange. Si les deux rapports dont rendent compte ici Maeva et Évelyne sont des rapports consentis, on va voir qu'elles se représentent elles-mêmes plutôt que objets que comme partenaires – comme sujets. Maeva⁷⁷ évoque ici un rapport après une sortie en boîte de nuit :

Je lui ai dit « Oui... Bah si t'as pas de préservatif y'a pas de rapports », et comme par hasard... Pendant deux minutes il m'a fait « Ouais, j'ai pas de préservatif », et genre cinq minutes après il fait « Si si c'est bon j'en ai trouvé un ! » Comme par hasard quoi ! (sourire) Je lui dis « Ouais si t'as pas », parce que je voyais très bien que il traînait souvent avec des femmes, je me suis dit « Ola celui-là, il faut faire attention ! » (petit rire)

Dans ce premier cas, et alors que les deux partenaires désirent cet échange, Maeva semble être dans la position de « pourvoyeuse » de sexualité, prête dans le même temps à y renoncer si les conditions d'une certaine « sécurité » ne sont pas réunies ; et son partenaire est de fait dans celle du « client », qui doit consentir à mettre un préservatif alors qu'il ne le désirait pas, comme le montre le fait qu'il ait d'abord prétendu ne pas en avoir. L'accès au corps de Maeva passe ainsi par le « sacrifice » que semble représenter le fait de mettre un préservatif ; et le ton badin sur lequel elle raconte cette anecdote montre qu'elle est consciente de l'enjeu que représente pour son partenaire l'accès à son corps – au prix de la négation de ses propres désirs (voir chapitre 10). Si c'est ici la dimension prophylactique de l'objet qui importe pour Maeva, on retrouve le même type de discours chez Évelyne⁷⁸, mais cette fois-ci à propos des relations occasionnelles qu'elle a pu avoir dans les années 1980, avant la diffusion du VIH mais à une période où elle ne prenait pas systématiquement la pilule, et où le préservatif était encore largement géré par les hommes :

Pour moi, un garçon qui voulait faire l'amour avec moi, si je n'avais pas de contraceptif à l'époque, à ce moment-là, en tout cas, il était évident que c'était à lui

⁷⁷ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

⁷⁸ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

de gérer. [...] Ben, voilà, je pensais tout simplement que c'était à lui de le faire. Voilà, qu'il se donne au moins ses moyens, ce moyen au fait, si il voulait, finalement... avoir un rapport avec moi.

Dans le discours d'Évelyne, c'est également à son partenaire de « se donner les moyens » s'il désire avoir un rapport avec elle, son propre désir n'étant jamais mentionné. D'après une étude états-unienne sur des étudiant·e·s de premier cycle universitaire, refuser d'avoir des rapports sexuels sans préservatif ou prendre le temps d'expliquer l'importance de son emploi sont d'ailleurs considérés par les femmes comme des stratégies plus valides pour négocier l'utilisation du préservatif que de chercher à rendre érotique son utilisation pour soi et son partenaire (Broaddus, Morris et Bryan 2010). Plutôt que du côté de la sexualité, c'est du côté de la santé qu'il faut se situer pour être légitime – et rester dans son genre.

Cette absence de mention du désir féminin peut également être stratégique, comme le montre l'étude du moment précis où le préservatif peut être proposé. En effet, proposer un préservatif, ou même en avoir sur soi, c'est être susceptible d'initier ou en tout cas accepter le fait de « coucher avec l'autre » entendu comme moment de la pénétration⁷⁹ : comme le dit Nolwenn⁸⁰, « c'est le moment de commencer, ça y est, on met la capote, et voilà c'est parti quoi ! ». Si recourir à ce signal peut être consensuel dans le cas de rapports de couple, c'est moins le cas pour les relations où le préservatif est le plus utilisé. En effet, cette sortie d'une situation qui peut être ambiguë jusque-là peut se confronter à « l'ordre du genre » (Clair 2012b) ; et c'est en particulier le cas dans le cadre des relations occasionnelles. En effet, pour les femmes, être « prête » à avoir une relation peut renvoyer à l'image de la fille « facile ». C'est ce qu'explique notamment Kelly⁸¹ :

Enquêtrice : Et vous me disiez que vous aviez jamais acheté de préservatif, comment ça se fait ?

Kelly : Beh... Parce que ça... Je sais pas, c'est... [...] Une femme se promener avec un préservatif masculin je trouve que ça fait un peu bizarre... [...] Je sais pas, hein, mais c'est mon opinion. Je me vois mal arriver... Et dire « Ah tiens t'as pas de préservatif ? » « Bah non j'en n'ai pas » « Ah bah tiens moi j'en ai un », ça fait vraiment... « Je le savais que ça allait se passer ! » (sourire gêné) Vous voyez ce que je veux dire ? Ça fait... Voilà.

Pour Kelly, être en possession d'un préservatif signifie avoir consenti au rapport en amont, avant même d'avoir rencontré un partenaire – donc être susceptible d'avoir un rapport avec n'importe quel partenaire. Or les femmes n'ont pas la même position que les hommes dans l'ordre hétérosexuel : toujours susceptibles d'être stigmatisées comme des « putes », elles sont « valorisées uniquement quand elles échappent à leur stigmatisme » (*Ibid.*, p. 76). Prévoir un préservatif contribue alors potentiellement à renforcer ce stigmatisme. On peut faire l'hypothèse que c'est particulièrement le cas dans les milieux les plus populaires, où l'ethos égalitaire a moins pénétré – ou du moins où il reste plus respectable, tout en

⁷⁹ Sur l'identification de la relation sexuelle à la pénétration vaginale, voir chapitre 9.

⁸⁰ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

⁸¹ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

revendiquant cet ethos, de s'en tenir à une représentation essentialisante des différences genrées (Clair 2011, p. 74). Cette dimension d'échange de la sexualité était déjà mise en avant par Beverly Skeggs dans les années 1980 à propos des femmes de classe populaire anglaises qu'elle étudiait :

Les femmes de cette étude [...] n'éprouvent pas de difficulté à conceptualiser la dimension économique de la sexualité, à y voir une marchandise, échangée, imposée, conception à laquelle il est possible de résister. Elles ne voient pas dans la sexualité la manifestation de leur moi le plus intime, mais l'expression des relations de pouvoir inégalitaires dans lesquelles elles se trouvent et se débattent. (Skeggs 2015 [1997], p. 238-239)

Qu'il s'agisse d'insister pour utiliser un préservatif ou d'éviter d'en apporter soi-même, des représentations socialement différenciées de la sexualité sont au cœur des négociations autour du préservatif.

Pour les hommes aussi, cette assimilation du préservatif à un « signal sexuel » peut être problématique :

Olivier : Je préfère quand c'est une femme qui va le sortir, je trouve que c'est un peu plus elle qui est censée le proposer, elle, l'acte [...].

Enquêtrice : Ouais. Vous avez peur de paraître insistant ou... ?

Olivier : Oui, un peu lourd quoi. C'est... J'arrive, j'apporte... J'avais tout prévu...

Si Olivier explique ensuite que c'est également parce que le fait d'apporter un préservatif dénote un manque de spontanéité (voir chapitre 10), la peur de paraître « lourd » peut ainsi constituer un frein à l'utilisation du préservatif – le sortir signifiant postuler le consentement de sa partenaire, dont il n'est pas forcément aisé de s'assurer (Mozziconacci et Thomé 2020).

Cette question du consentement peut poser problème, car absence de consentement à mettre un préservatif et absence de respect de celui de sa partenaire vont parfois de pair. En effet, l'éventuelle *responsabilité* du préservatif ne s'apparente pas nécessairement à un *contrôle* de l'utilisation de celui-ci. Dans le cadre de relations non consenties, le contrôle sur cet objet redevient masculin, comme l'est le contrôle de l'acte, qui est imposé par le partenaire. Plusieurs enquêtées racontent ainsi les viols qui ont suivi :

Alicia⁸² : J'ai subi un viol à l'âge de 19 ans. Donc en fait c'était mon petit copain, et moi en fait j'étais allée acheter des préservatifs et je les avais mis sur la table de nuit à côté, et sauf qu'il a pas voulu les utiliser. Et il était sur moi, et voilà, j'ai... j'ai pas pu faire grand-chose.

Enquêtrice : Et est-ce que tu as pu avoir des partenaires qui voulaient pas utiliser le préservatif, ou qui étaient réticents...

Solène⁸³ : Euh... Alors réticents oui, mais en général le truc que je posais, c'était soit une capote, soit il se passe rien. Donc en général ça motivait (petit rire). Et la seule fois où le mec était vraiment réfractaire c'était sur la relation non consentie en fait. Ce qui s'est passé c'est ça, c'est que j'ai réclamé un préservatif, il a pas voulu, il a pas

⁸² Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

⁸³ Doctorante, 27 ans, en couple (ligature des trompes).

voulu, il a pas voulu, et puis finalement... Il a tout fait sans rien vouloir quoi... (petit rire nerveux)

Alicia avait pris en charge l'aspect matériel de la responsabilité contraceptive, achetant des préservatifs et les disposant à portée de main. Mais son partenaire a refusé de les utiliser et l'a tout de même forcée à avoir des rapports sexuels. De même, pour Solène, c'est le refus d'utiliser un préservatif qui mène au viol : il devient ainsi un symbole du consentement, pensable dans des relations égalitaires mais qui disparaît lors de relations forcées.

Les modalités de l'utilisation et de l'arrêt du préservatif, que ce soit pour des rapports occasionnels ou des relations durables, sont ainsi l'occasion de voir comme les individus s'inscrivent dans des modèles de genre et de conjugalité bien définis. Mais un autre élément central entre dans l'explication de l'utilisation du préservatif : il s'agit des effets qu'il a sur le script sexuel et la réflexivité.

2.2 Le préservatif masculin, obstacle à la sexualité et encouragement à la réflexivité

La possible non-utilisation du préservatif, en particulier par les jeunes, est une question récurrente des études qui s'intéressent à cet objet. L'idée dominante est que « les perceptions que les préservatifs diminuent le plaisir sexuel sont une barrière gigantesque – mais pas insurmontable – aux efforts de santé publique pour encourager l'utilisation du préservatif parmi les jeunes ayant une activité sexuelle⁸⁴ » (Randolph et al. 2007, p. 848). Le préservatif, parfois étudié en association avec la pilule (Higgins et Cooper 2012), est reconnu comme ayant une influence importante sur l'acte sexuel à différents niveaux : il l'interrompt (Flood 2003 ; Lowe 2005), en change la nature profonde, apparaissant comme un « tueur » du rapport, s'opposant à la « vraie sexualité sans éléments pénibles⁸⁵ » (Braun 2013) mais surtout, comme en atteste la quasi-totalité des articles sur le sujet, il diminue le plaisir ressenti, d'une part en rendant difficile l'érection et l'atteinte de l'orgasme, mais aussi du fait de son odeur, de son goût, de la sensation qu'il implique et du fait qu'il n'est pas aisé à utiliser (Flood 2003 ; Graham 2012 ; Fennell 2014 ; pour un état de la littérature détaillé, voir Higgins et Smith 2016, p. 420). Plusieurs enquêté-e-s soulignent ainsi qu'avec le préservatif, « le plaisir est quand même diminué, hein, nettement ! » (Christophe) ou encore que cela « gâche un peu le plaisir » car les sensations sont « diminuées » (Fabrice⁸⁶). Mais si certaines études portent tant sur des hommes que sur des femmes (Randolph et al. 2007 ; Fennell 2014), mais beaucoup concluent que le facteur « plaisir », ou plutôt déplaisir, en lien avec le préservatif, est plus important pour les premiers (Conley et Collins 2005), ce qui incite les recherches à se concentrer sur ceux-ci. C'est également le cas des innovations techniques dans ce domaine, comme le soulignent Julia Higgins et Julie Fennell en analysant l'appel de la fondation Bill Gates pour un préservatif « nouvelle génération » qui permettrait de « préserver ou d'augmenter le

⁸⁴ «Perceptions that condoms decrease sexual pleasure are a formidable – but not insurmountable – barrier to public health efforts to increase condom use among sexually-active youth.»

⁸⁵ «Proper sex without annoying things.»

⁸⁶ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

plaisir⁸⁷ » : cet appel se centre, comme souvent, sur le plaisir masculin, sans prendre en compte celui des femmes (Higgins et Fennell 2013).

Or les femmes sont également susceptibles de ne pas apprécier certains aspects du préservatif. Ne pas prendre en compte les effets de celui-ci sur leur sexualité, c'est les cantonner à la responsabilité et à la dimension médicale de cet objet. Les entretiens mettent cependant bien en évidence les multiples limites que peut avoir son utilisation pour le plaisir féminin : la partenaire de Thomas lui a rapidement demandé d'arrêter d'en utiliser car elle avait « plus de sensations » sans, de même que la femme de Geoffrey⁸⁸, pour laquelle « les sensations sont plus agréables quand y'a pas de préservatif ; Flora⁸⁹ a toujours ressenti « un certain inconfort avec les préservatifs, [une] sensation d'irritation, de frottement, de pas pouvoir apprécier les rapports correctement », ce qui est également le cas d'Alicia⁹⁰, d'Évelyne⁹¹ ou encore de Clémence⁹², qui a suite à une maladie une cicatrice très sensible à l'entrée de son vagin et dont la douleur est accentuée par l'utilisation des préservatifs. Par ailleurs, certaines femmes peuvent ne pas vouloir l'utiliser pour ne pas diminuer le plaisir de leur partenaire (Higgins et Fennell 2013), argument d'autant plus important dans le cadre d'une relation où le fait de donner du plaisir à l'autre est considéré comme central (voir chapitre 9). Ainsi, il importe de prendre en compte non seulement ceux que les hommes disent du préservatif, mais également ce qu'en pensent les femmes.

Par ailleurs, si l'on se fie aux résultats de Fecond 2010 et Fecond 2013, ses effets (comme méthode exclusive) sur le désir et le plaisir sexuels sont en fait nuancés. Ainsi, en ce qui concerne les effets sur le désir d'avoir des rapports sexuels, les chiffres sont quasiment équivalents qui évoquent un effet « plutôt positif » (15 % des femmes et 18 % des hommes) et un effet « plutôt négatif » (14 % des femmes et 20 % des hommes). Si les hommes déclarent un peu plus d'effets, et si les effets négatifs sont très supérieurs à ceux des méthodes médicales (voir le tableau E1 en annexe E), la situation apparaît ainsi plus contrastée que les prénotions que l'on peut en avoir, selon lesquelles tous les hommes détesteraient l'utiliser (71 % des femmes et 62 % des hommes qui l'utilisent comme méthode principale déclarent d'ailleurs qu'il n'a aucun effet). Si l'on s'intéresse aux effets sur le plaisir sexuel⁹³ (voir le tableau E2 en annexe E), on remarque là aussi des résultats surprenants : 60 % des femmes et 41 % des hommes qui l'utilisent comme méthode principale ne déclarent aucun effet du préservatif sur leur plaisir durant les rapports sexuels, ce qui tend à accréditer le fait que les hommes l'utilisant subissent plus cette utilisation ; mais les personnes restantes se distribuent à parts égales entre effets « plutôt positifs » (19 % des femmes, 31 % des hommes) et « plutôt négatifs » (21 % des femmes, 28 % des hommes). On peut

⁸⁷ “We are seeking solutions that address sensation. Loss of sensation, either real or perceived, is one of the main reasons men prefer not to wear condoms during intercourse.” Source : <http://www.impatientoptimists.org/Posts/2013/03/Reinventing-The-Condom>, consulté le 10 février 2015.

⁸⁸ Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁸⁹ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

⁹⁰ Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

⁹¹ Formatrice pour adulte, 62 ans, célibataire, deux enfants.

⁹² Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

⁹³ À partir de Fecond 2010, la question n'ayant pas été reposée dans Fecond 2013.

relier cela au fait que l'utilisation du préservatif peut être un choix ; or, comme le montre une étude menée aux États-Unis, les personnes affirmant le plus volontiers que le préservatif réduit le plaisir sexuel sont moins susceptibles de l'avoir utilisé lors de leur dernier rapport (Higgins et Wang 2014). L'analyse statistique permet ainsi de mettre en évidence que parmi les personnes utilisant le préservatif comme méthode exclusive, qui ne sont pas majoritaires, surtout parmi celles en couple, le préservatif est loin d'être considéré comme une contrainte par tou-te-s.

C'est ainsi à la fois à des aspects matériels du préservatif qu'il faut s'intéresser pour comprendre son insertion dans le script sexuel, mais également à ce qu'il symbolise et à la manière dont cette symbolique entre en jeu dans les différents types de relations sexuelles. Afin de déterminer si le préservatif est réellement « l'obstacle » à la sexualité que dessinent les représentations communes, il faut s'intéresser à son statut d'objet sexuel, qui passe souvent au second plan derrière sa dimension médicale. En particulier, voir ce qu'implique son insertion dans un script sexuel qui demeure largement pensé sans lui est nécessaire. Enfin, il faut analyser ses effets possibles sur l'érection. Ceux-ci dépassent le plan physiologique pour concerner plutôt des représentations de la masculinité qui peuvent s'avérer problématiques pour son utilisation, ou au contraire encourager celle-ci.

2.2.1 Un objet sexuel comme les autres ?

Le préservatif est un objet qui s'utilise au cours de l'acte sexuel. En ce sens, il est un objet sexuel au même titre que des *sex toys* comme le godemiché (Coulmont 2012). En témoigne par exemple l'existence, aux éditions érotiques La Musardine, d'un volume de la collection « Osez⁹⁴ » écrit par un journaliste et qui lui est consacré : *Osez le préservatif* (Vincent Vidal 2011). Or, si l'utilisation du préservatif est largement encouragée par les campagnes de santé publique, le fait qu'il s'agisse d'un objet sexuel est invisibilisé. Les messages sont unanimes sur l'*importance* de son utilisation, mais peu portent sur les *modalités* de celle-ci. Or il existe des modèles très divers de préservatifs, ils sont potentiellement faillibles et leur utilisation n'est pas innée.

2.2.1.1 **Choisir le bon objet pour essayer de ne pas perturber le script**

Le préservatif masculin est un objet, généralement en latex, qui se pose sur le sexe masculin en érection. Ce « gramme cinq de latex » (Lagrange 1991) n'est cependant pas anodin, et c'est d'ailleurs à sa matière qu'il est souvent assimilé pour être dénoncé : « c'est comme un sachet plastique » explique ainsi Rémi⁹⁵, qui précise que « le pire c'est à la fin, quoi, c'est vraiment horrible, ce truc qui pendouille, en plastique » ; Kelly⁹⁶ n'aime pas l'idée d'un « bout de plastique » qui s'interpose ; et pour Kirsten⁹⁷, le

⁹⁴ Collection spécialisée dans les ouvrages liées aux différents objets et pratiques sexuelles : *Osez les jeux érotiques*, *Osez la sodomie*, *Osez les sex toys*, etc.

⁹⁵ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁹⁶ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

⁹⁷ Étudiante, 25 ans, célibataire (implant contraceptif).

fait que c'est « du plastique » implique que l'utilisation va forcément « être chiante ». Mais tous les préservatifs sont-ils également assimilables à des « sacs plastiques » (Romain⁹⁸) ?

La nature d'objet sexuel – et pas seulement médical – du préservatif se donne à voir dans la large gamme de choix qui existe le concernant. En effet, de très nombreux modèles sont disponibles sur le marché, et la différence n'est pas simplement, comme dans le cas de la pilule, liée à des contraintes de prescription. Les magazines masculins comme féminins proposent d'ailleurs régulièrement des comparatifs, insistant sur les avantages et inconvénients de chacun en termes de « sensations », de prix, de taille, d'odeur, de couleur, d'épaisseur, etc. :

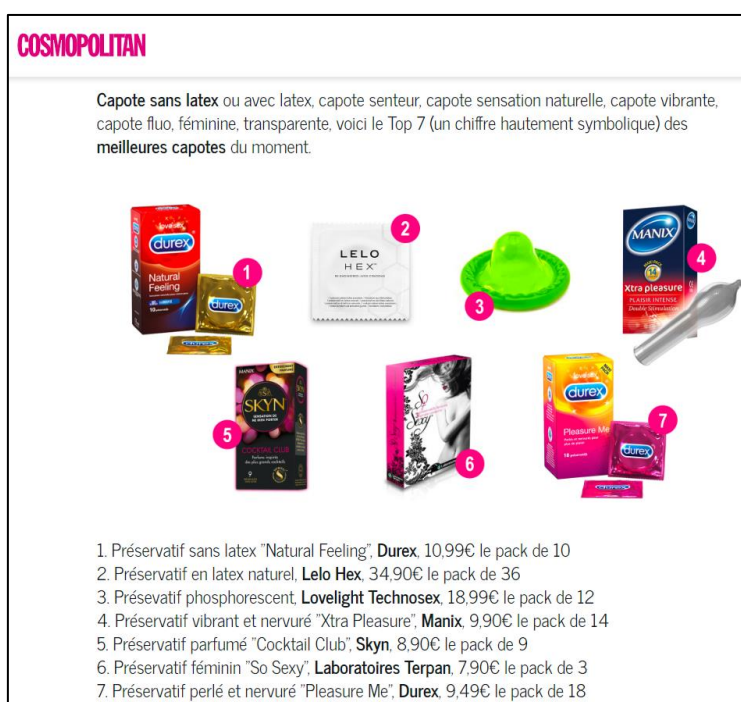


Figure 4. Extrait du magazine *Cosmopolitan*⁹⁹

La sélection propose un unique préservatif féminin et six masculins. Ces derniers sont distingués selon leur matériau, leur texture, leur parfum ou encore leur taille. Les enquêté-e-s ayant commencé leur vie sexuelle avant la diffusion du VIH soulignent d'ailleurs que ce développement est récent. Comme l'explique Charles¹⁰⁰, le marché du préservatif n'était pas aussi développé à son époque :

Quand j'allais à la pharmacie demander une boîte de capotes, on m'a jamais demandé « Est-ce que vous voulez des ceci, des cela, des à la menthe... » Non. Non ça y'a pas longtemps que ça existe. Non, non, y'avait un préservatif, point barre...

⁹⁸ Étudiant, 20 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

⁹⁹ Source : Manuela Estel, « Les meilleurs préservatifs pour grimper aux rideaux », *Cosmopolitan*, publié le 29 mars 2018, consulté le 25 février 2019 : <https://www.cosmopolitan.fr/plaisir-sexe-preservatif-amour-relations-sexuelles-orgasme-durex-manix,2117,1057683.asp> ; voir également <http://www.madmoizelle.com/conseils-preservatifs-marques-828367> ; <https://gentlemanmoderne.com/meilleur-preservatif-le-top-de-la-capote/>, consultés le 25 février 2019.

¹⁰⁰ Chauffeur routier à la retraite, 60 ans, marié, un enfant.

Selon Christophe¹⁰¹, cette offre large donne « de quoi rigoler » : « le truc c'est de transformer cette corvée, parce que ç'en est une, quand même, en un jeu ». Il faut ainsi sélectionner avec attention le préservatif qui sera utilisé. Les quatre éléments principaux qui semblent jouer dans le choix du préservatif sont l'odeur, la texture, l'épaisseur et la taille. Plusieurs enquêté·e·s soulignent ainsi que l'odeur du latex est désagréable. La question de l'épaisseur et des sensations revient en particulier – mais pas uniquement – chez les hommes : ainsi Julien¹⁰² n'aime pas « [les capotes] qui enlèvent vraiment toutes les sensations, et qui sont épaisses, qui sont blanches », alors qu'avec le modèle qu'il a choisi il a « l'impression d'être sans rien ». Cela amène certain·e·s enquêté·e·s à utiliser un préservatif spécifique, sans latex, très fin et disponible en différentes tailles – mais plus coûteux. À l'inverse, Matthieu¹⁰³ souligne qu'il préfère les préservatifs nervurés, plus épais :

C'était peut-être sur les Manix où y'avait un truc, c'était censé donner plus de plaisir, mais parce que du coup ils avaient des trucs sur le préservatif, des petites formes, tout ça, et en fait moi je les prenais, c'était pas pour les formes, mais parce qu'ils étaient plus... épais. Et du coup ils craquaient pas. Ils craquaient jamais. Donc... Moi ça me rassurait en fait.

Ici, ce qui augmente le plaisir sexuel ce n'est pas tant la sensation qu'une « érotisation de la sécurité » déjà mise en évidence par Jenny Higgins et Jennifer Hirsch (2008, p. 1807).

Une autre question primordiale dans le choix du préservatif est celle de la taille – et elle est d'autant plus sensible qu'elle met en jeu un symbole de la masculinité, la taille du pénis. Utiliser un préservatif trop petit peut en effet poser problème pour les performances sexuelles, comme l'explique Tanja¹⁰⁴, donc le compagnon précédent était « bien membré » : « c'était un peu galère pour lui parce que même les XL ils lui faisaient mal, parce que ça lui faisait un garrot ». Utiliser le bon type de préservatif apparaît donc indispensable. Mais paradoxalement, il peut ne pas être facile d'assumer l'utilisation de préservatifs « grande taille », comme l'explique Joséphine¹⁰⁵ :

C'est que, mon copain précédent donc aimait pas mettre des préservatifs, parce qu'il disait que ça le serrait trop, que ça enlevait des sensations, etc. Et un jour je lui ai suggéré de prendre des préservatifs grande taille. Et il m'a dit « Mais non, mais je vais pas faire ça », il trouvait ça hyper présomptueux (rires), de sa part, d'acheter des préservatifs grande taille, et en fait, l'expérience a montré que c'est quand même beaucoup plus confortable avec des préservatifs grande taille. [...] Je sais pas si il pourrait y avoir des messages (rire) de prévention, qui diraient aux garçons « Ce n'est pas présomptueux de votre part, et c'est beaucoup plus agréable (rire) plutôt que d'être serré dans un préservatif ».

Ici, c'est l'encouragement de Joséphine qui pousse son compagnon à accepter d'utiliser un modèle de préservatif plus agréable pour lui. La taille du préservatif n'est ainsi pas considérée comme

¹⁰¹ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

¹⁰² Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

¹⁰³ Educateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

¹⁰⁴ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

¹⁰⁵ Chargée de projet dans le milieu du spectacle, 32 ans, en couple non-exclusif (retrait et préservatifs).

une donnée neutre, à prendre en compte dans le choix de l'objet, mais comme un paramètre associé à la masculinité et, éventuellement, avec une forme de fanfaronnerie. C'est ce dont témoigne également le raisonnement de Charles :

Je rigole un peu quand je vois les tailles XXL, ou XL, parce que je me dis que quand même... sachant comment c'est élastique, franchement, pour que ce soit trop petit... Je sais pas, on a tous essayé d'en remplir une de flotte, et on doit pouvoir mettre trois litres d'eau là-dedans avant que ça explose... [...] Hein, bon, bref, à mon avis c'est plus du packaging qu'autre chose, parce que... Ou alors c'est histoire de se vanter en sortant son paquet de XL, mais franchement... Si la taille normale suffit pas, je plains la copine ! Franchement ! (rires) Bah... Oui, franchement, écoutez, hein ? Non ? Honnêtement ?

Charles met en doute l'utilité d'une grande taille, en imputant cela à un marketing visant à flatter les utilisateurs ou bien à une forme de « vantardise ». Le fait qu'il finisse par me prendre à partie pour obtenir mon assentiment témoigne néanmoins d'une certaine inquiétude : révéler son avis sur ces préservatifs, n'est-ce pas se dévoiler et mettre sa propre masculinité en danger ? La taille du préservatif est donc un enjeu délicat pour la présentation de soi et de sa masculinité qu'elle met en jeu pour les hommes. Plus généralement, c'est parfois l'absence du modèle considéré comme adéquat qui fait obstacle à l'utilisation du préservatif, et non pas une résistance à cet objet en général qui serait à penser de manière binaire. Mais choisir correctement un préservatif ne suffit pas : comme tout objet, il peut parfois faire défaut à celles et ceux qui l'utilisent.

2.2.1.2 Aléas matériels et réflexivité obligatoire

Le préservatif provoque une forme particulière de réflexivité, qui découle du risque qu'il symbolise : une réflexivité *obligatoire*. Son utilisation même témoigne de ce risque : « on se rappelle que c'est nécessaire et par conséquent on se rappelle pourquoi c'est nécessaire », cela implique de « devoir se rappeler qu'il *faut* absolument le mettre » (Pauline¹⁰⁶). Mais c'est surtout en tant qu'objet potentiellement faillible que le préservatif pose problème aux personnes interrogées. En effet, avoir à disposition et même utiliser un préservatif ne suffit pas toujours à garantir son efficacité. Si, d'après l'enquête de l'ORS d'Île-de-France, 94 % des répondant-e-s jugent le préservatif « tout à fait ou plutôt efficace », chiffre stable depuis 1992, le rapport souligne que « la proportion de réponses “*tout à fait efficace*” n'a cessé de baisser depuis 1992 et la proportion de “*plutôt efficace*” d'augmenter ; alors que 73,5 % des répondants franciliens considéraient le préservatif “*très efficace*” en 1992 et en 1994, ils ne sont que 58,8 % en 2010 » (Beltzer et al. 2011, p. 33).

Une de raisons de cette baisse de confiance peut tenir dans les « craquages » relatés par certain-e-s enquêté.e.s. Lucile¹⁰⁷ souligne que « pour le peu [qu'elle en a] utilisées ça [lui] est quand

¹⁰⁶ Étudiante, 23 ans, en couple (préservatifs).

¹⁰⁷ Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

même arrivé une ou deux fois », de même que Matthieu¹⁰⁸ ou Thomas¹⁰⁹. Nolwenn¹¹⁰ raconte pour sa part que ça la « stressait » quand elle utilisait la marque précédente de préservatif, Sébastien¹¹¹ a « très peur des problèmes de préservatif qui craquent » et l'exemple de Guillaume¹¹² montre bien que ce stress peut avoir des répercussions sur l'acte lui-même :

Quand ça cassait avec Morgane [...] y'a eu un petit temps où effectivement pendant le rapport j'étais un peu stressé que ça casse quoi. Là pareil, avec Claire, elle prend pas la pilule pour l'instant, y'a que le préservatif en barrière [...]. Ça m'est arrivé deux trois fois où genre je m'arrête, parce que le frottement je le sentais pas pareil, je me dis « Attends attends attends », je me retire, je regarde, « Non c'est bon », et puis voilà.

On a donc une modification du script, qui est interrompu pour vérifier la bonne tenue de l'objet. De son côté, Tanja¹¹³ explique qu'elle est soulagée d'avoir arrêté, car elle « flippait tout le temps que ça craque, parce que franchement vu comme il faut forcer pour que ça se mette », elle est « quand même plus tranquille dans [sa] situation actuelle ». On voit que la pilule lui permet de recouvrer une sécurité dont le préservatif l'avait dépossédée.

Dans plusieurs cas se développe alors une sorte d'expertise ; Guillaume pense ainsi que si cela arrivait encore il s'en rendrait compte car il « écouterait plus le latex ». Cette question de l'expertise personnelle sur l'objet est aussi à mettre en regard du discours médical, comme le souligne Lucile : « moi justement, je sais plus avec qui j'avais dû en discuter, si c'était un gynéco ou une médecin, elle était là “Mais non, les capotes, ça casse pas, c'est quand même très résistant” ». Les enquêté-e-s se trouvent donc désemparés face à un objet prétendument « résistant », mais qui résiste surtout à eux-mêmes, et il leur faut prendre des mesures pour en tenir compte, comme Aline¹¹⁴, qui a toujours une pilule du lendemain chez elle en cas de « préservatif qui craque », ou Marielle¹¹⁵, qui veille à maintenir une bonne lubrification pour éviter ce problème : « C'est toutes ces petites choses un peu techniques qui enlèvent un peu le côté folie d'un rapport sexuel. » D'autres aléas du port du préservatif semblent également contribuer à augmenter, voire à créer, une forme de réflexivité obligatoire sur la sexualité, en particulier lorsque les enquêté-e-s n'apprécient pas son utilisation comme l'explique Anthony¹¹⁶ : « Je fais attention... Je sais que des fois il a tendance un peu à remonter, à s'enlever. [...] Je veille à ce qu'il

¹⁰⁸ Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

¹⁰⁹ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

¹¹⁰ Étudiante, 22 ans, en couple, un amant (préservatifs).

¹¹¹ Ingénieur en reconversion pour être masseur, 38 ans, en couple (sa compagne a un DIU).

¹¹² Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

¹¹³ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

¹¹⁴ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

¹¹⁵ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

¹¹⁶ Étudiant, 21 ans, en couple avec un homme (pilule et préservatifs avec les femmes).

reste en place, mais je le zieute¹¹⁷ pas toutes les dix secondes ! ». C'est aussi un problème que rencontre Laurent¹¹⁸ :

Ça prend la tête, en fait. Pour moi, hein. Je sais qu'il y a 95 % des hommes, pour lesquels ça se passe très bien, mais... Moi ça me prend la tête, de devoir y penser, de pas ressentir exactement la sensation que j'aimerais ressentir, de devoir m'inquiéter de savoir... « Est-ce que ça va tenir, est-ce que je vais tenir est-ce que je vais pas tenir, est-ce que le truc est en train de se barrer ? » Voilà, moi ça me fait... je trouve ça très compliqué, très difficile.

Le fait de devoir se concentrer sur des éléments extérieurs au plaisir ressenti est ainsi considéré par Laurent comme complètement incompatible avec une relation sexuelle épanouie et épanouissante – ce qui l'amène à préférer les relations non pénétratives que celles où un préservatif doit être utilisé. Ainsi, cette faillibilité de l'objet – qui peut « craquer », « glisser », « casser », etc. – peut avoir des conséquences sur l'acte sexuel lui-même.

Prendre en compte le fait que l'objet qui évite l'insécurité (que ce soit uniquement en termes de maladies, ou de maladies et de grossesse) n'est pas infaillible, c'est retrouver une certaine peur au cours de l'acte. La crainte liée à l'utilisation du préservatif peut alors être à l'origine d'une augmentation de la réflexivité liée au risque, en particulier quand la confiance dans l'objet disparaît et oblige à une interrogation constante sur ses sensations et sa pratique. Pour éviter cette crainte, le moment de la pose du préservatif est donc crucial, de même que les techniques associées.

2.2.1.3 Des techniques de pose genrées

Comme pour toute pratique ou pour tout objet, l'utilisation du préservatif nécessite un apprentissage. Une enquête états-unienne menée en 2011 sur 757 hommes hétérosexuels de 18 à 66 ans (portant sur la pénétration anale et vaginale) montre ainsi que 94 % de l'échantillon indique commettre régulièrement l'une des neuf « erreurs d'utilisation¹¹⁹ » indiquées dans le questionnaire (Topping et al. 2011, p. 206). La particularité de cet apprentissage est qu'il peut être autonome, là où de nombreux savoirs liés au corps sont transmis sous forme de leçon (cours de sport) ou de socialisation diffuse (performance de la féminité ou de la masculinité). Ainsi, selon Fecond 2010, moins de 40 % des personnes de moins de 30 ans ayant déjà manipulé un préservatif l'ont fait pour la première fois dans le cadre d'une information sur la contraception (c'est un peu plus le cas des femmes – 37 % – que des hommes – 29 %). Ce sont ensuite 17 % des femmes et 25 % des hommes qui en avaient manipulé un avant le premier rapport sexuel « pour voir ce que c'était ». Enfin, pour environ un tiers des individus, le premier contact avec un préservatif a eu lieu au cours d'un rapport sexuel. Environ les deux-tiers des

¹¹⁷ « Zieuter » signifie « regarder ».

¹¹⁸ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

¹¹⁹ Ne pas vérifier si le préservatif est endommagé, mettre le préservatif à l'envers dans un premier temps et le retourner ensuite, laisser de l'espace au bout du préservatif en l'enfilant, enlever l'air du bout du préservatif après l'avoir mis, ajouter un lubrifiant à l'eau au préservatif, ajouter un lubrifiant à l'huile au préservatif, mettre le préservatif en contact avec des objets ou surfaces coupantes, commencer la pénétration sans préservatif, enlever le préservatif avant la fin du rapport pénétratif (Topping et al. 2011, p. 203).

individus apprennent donc à l'utiliser seul-e-s ou bien au cours du rapport sexuel. Comment se fait alors cet apprentissage ?

On peut distinguer deux types d'attitudes vis-à-vis de l'apprentissage du préservatif. Certains enquêtés, qui attestent ainsi de la « banalité » de l'objet¹²⁰, ont l'impression que ce n'est pas un geste appris, alors même qu'ils se souviennent avoir essayé de le mettre *avant* leur première relation sexuelle. Ainsi Guillaume¹²¹, qui avait pourtant regardé une vidéo sur internet pour savoir comment l'enfiler, dit avoir « l'impression d'avoir toujours su le faire », et si Julien¹²² avait lui aussi essayé « c'était pas vraiment pour [s]'entraîner, c'était juste par curiosité ». Geste masculin, la pose du préservatif serait donc – devrait donc être, pour témoigner de sa masculinité – un geste inné, comme en témoigne le fait que Martin¹²³ n'ait pas eu l'idée de s'entraîner avant sa « première fois », car il pensait que savoir mettre un préservatif « ça allait arriver tout de suite tout seul ». Finalement il l'a déroulé à l'envers, cela n'a pas fonctionné et son érection est retombée : « du coup la seconde fois là je me suis appliqué, j'ai bien fait attention, je me suis concentré ». Le rappel de la matérialité de l'objet et de la nécessité d'un apprentissage se fait donc dans le corps même, et les récits d'embarras liés au préservatif lors du premier rapport sexuel sont fréquents (Le Gall et Le Van 2007, p. 158-159). Comme le souligne Charles, plus âgé et qui n'a pas utilisé de préservatif lors de son premier rapport : « si en plus il faut s'arrêter pour mettre une capote, et qu'on est déjà pas trop sûr de savoir comment il faut faire et tout », la « première fois » peut devenir une vraie gageure pour les hommes.

Mais la majorité des enquêtés a essayé avant, en regardant « une vidéo » (Guillaume), « Youtube » (Fabien¹²⁴), « le dépliant » (Anthony¹²⁵) ou encore « le paquet » (Sylvain¹²⁶). La prise en main de l'objet semble d'ailleurs « compliquée » (Romain), « pas du tout adaptée » (Anthony), et Sylvain « ne comprenait pas trop comment ça marchait ». Il apparaît ainsi important de « s'entraîner » pour être à la hauteur le moment venu. Anthony explique même l'avoir fait à nouveau à plusieurs reprises, lorsque « ça faisait un moment [qu'il] avait pas mis de préservatif ». Guillaume, de son côté, s'était « même déjà masturbé avec des préservatifs d'ailleurs, pour voir ce que ça faisait ». Le fait qu'un homme sache mettre un préservatif peut d'ailleurs être un attendu féminin, comme dans le cas de Laura Li¹²⁷. Celle-ci considère que le préservatif est le « job » du garçon, et a été surprise que son partenaire actuel ne se soit jamais entraîné : « j'étais persuadée que les garçons pas s'entraînaient, mais pas loin quoi, qu'ils en achetaient pour voir, pour être prêts le jour J, chais pas, moi si c'était mon cas, moi je pense que j'aurais fait ça ». Dans la mesure où elle assume sa responsabilité « féminine » en

¹²⁰ Comme 75,9 % des répondants franciliens de l'enquête menée par l'ORS d'Île-de-France, qui acquiescent à la proposition « Le préservatif, c'est quelque chose de banal » (Beltzer et al. 2011, p. 44).

¹²¹ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

¹²² Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

¹²³ Étudiant, 21 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

¹²⁴ Créateur de sites internet, 33 ans, célibataire, bisexuel et très actif sexuellement (préservatifs).

¹²⁵ Étudiant, 21 ans, en couple avec un homme (pilule et préservatifs avec les femmes).

¹²⁶ Étudiant, 23 ans, en couple (retrait et préservatifs).

¹²⁷ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

prenant la pilule, elle est surprise que son petit ami n'assume pas la partie « masculine » de la protection, à savoir l'utilisation du préservatif. À travers l'apprentissage solitaire de la pose de l'objet, ainsi que des sensations qu'il peut procurer, se construit donc l'image d'une masculinité technique, efficace, en pleine maîtrise de la sexualité. Si l'on peut reconnaître que les débuts ont été un peu compliqués, c'est pour ajouter qu'aujourd'hui tout va bien, et que cet acte anodin n'est plus problématique – sous peine de mettre en jeu sa masculinité.

Pour certain-e-s enquêté-e-s, il semble donc évident que c'est à l'homme de mettre le préservatif. Comme le souligne Laura Li : « Moi c'est ce que je dis souvent, [c'est que] c'est pas mon mec qui me file la pilule. C'est son job. (*rire*) C'est à lui de le faire, le préservatif ». Ce sont en effet les hommes qui sont considérés comme étant du côté de la « technique », comme on peut par exemple s'en rendre compte à la lecture des magazines masculins qui, plus que les féminins, mettent en avant cet aspect :

Si la recherche d'une plus grande qualité de l'échange sexuel passe pour les femmes comme pour les hommes par une forme de connaissance « technique », pour ces derniers la qualité accrue de l'échange – pour eux comme pour la partenaire – semble devoir essentiellement résulter de l'amélioration de leurs propres performances « techniques » ou encore d'une meilleure connaissance du corps féminin. (Déroff 2007, p. 104-105)

Or dans le cas de la pose du préservatif, la technique va concerner le corps masculin. Plusieurs des hommes interrogés revendiquent en effet la technicité de la pose du préservatif, qui apparaît comme une capacité propre et non transmissible :

Sylvain : J'ai une *technique* assez particulière pour le mettre, je rentre mes doigts à l'intérieur du préservatif, je rentre quatre doigts dedans, pour l'écarter complètement, et pour le poser, et non le dérouler de façon... Comme ils l'indiquent sur la boîte quoi. Et c'est vrai que ça fait très *bourrin* (sourire), et c'est pas sexy, mais au moins je sais qu'il est bien mis et que ça me dérange pas quand je le mets comme ça quoi.

Anthony : Je considère que je connais mieux mon corps que les autres, donc du coup je sais comment le mettre. Tout à l'heure on parlait de la technique et donc je trouve y'a la technique officielle, et y'a des techniques un peu plus personnelles. Et je pense qu'on a tous un peu ça ?

Cette insistance sur une dimension « technique » explique que ce soit à l'homme de (se) mettre le préservatif. Néanmoins, l'interrogation finale d'Anthony témoigne du fait que ce n'est sans doute pas, pour lui, un objet de conversation avec ses amis (je deviens donc une source d'informations sur les pratiques des autres). Cet aspect technique peut par ailleurs être vu de manière négative, comme c'est le cas pour Laurent, qui a du mal à rester en érection à ce moment-là :

Qu'est-ce que je reproche au préservatif ? Bah, un, un énorme côté technique, déjà. L'enfiler, c'est compliqué. Le faire tout seul c'est compliqué, pour moi. [...] C'est, alors bon, c'est compliqué à le dérouler, voilà, à le mettre en place, à le dérouler, c'est aussi compliqué, euh... De tenir, de rester en érection. Au moment de l'enfiler...

Derrière le « côté technique », c'est en effet la peur de la perte d'érection qui se profile, celle-ci étant susceptible de remettre en cause la possibilité même du rapport pénétratif. Comme l'explique Tanja

à propos de son partenaire actuel : « Comme il faut une technique particulière, on va dire (rire), du coup voilà, c'est plutôt lui qui s'en charge. Parce que moi je risquerais de lui faire mal ou ce genre de trucs, donc je préfère éviter ». La technique de pose ne semble pas être transmissible (c'est mon corps, je le connais, elle/il risquerait de me faire mal), alors même que l'acte sexuel entraîne généralement une transmission à l'autre des savoirs sur son propre corps (comment faire du bien/éviter de faire du mal). Le préservatif ne paraît pas rentrer dans ce schéma, peut-être parce qu'il représente pour certain-e-s une telle coupure qu'il ne fait pas partie du domaine de la sexualité. Les savoirs qui y sont attachés n'ont donc pas le statut de « savoirs sexuels » à partager.

Dans d'autres cas cependant, ce sont les femmes qui s'occupent, de manière systématique ou non, de la mise en place de l'objet. Cet état de fait est souvent justifié comme une manière de réintroduire la femme dans cette « scène », et permet alors de rendre à ce moment toute sa dimension sexuelle, comme l'explique Lucile :

Dans la continuité des préliminaires, pour éviter que ce soit en mode « Bon, toi tu restes sur le bas côté et puis moi je mets ma capote », pour du coup voilà, le faire ensemble... Et justement être moins dans cette cassure si on peut dire.

Le moment de la pose devient « amusant », « fait partie du jeu érotique » (Véronique¹²⁸), cela permet de « détourner un peu » le moment (Pauline¹²⁹). Le préservatif peut alors investir une place positive dans le script sexuel.

Si les effets positifs sur la sexualité sont évoqués pour justifier l'implication des femmes dans la pose de l'objet, un autre argument que l'on retrouve à plusieurs reprises relève pour sa part du domaine de la santé. Il est par exemple mobilisé par Tanja, qui explique être « rassurée » par le fait de le poser elle-même (« l'idée que ce soit moi qui l'aie mis fait aussi que je me dis voilà, c'est bon, *a priori* y'a pas de problème dans la pose ») ou encore par Marielle, qui pose elle-même le préservatif sur le sexe de son partenaire. Elle le justifie par un souci de santé – le fait qu'elle soit médecin n'est pas anodin –, mais en utilisant des expressions montrant à quel point c'est, là encore, une « technique » particulière qui est utilisée : il faut qu'il soit « bien pincé », que cela soit fait de manière « hyper méthodique ». On retrouve ici l'idée de responsabilité féminine appliquée au niveau le plus intime : ce n'est pas sur le fait d'utiliser ou non le préservatif que se fait la vérification, mais sur la manière dont il est posé. Ce n'est donc pas tant dans des rapports différents à la pose du préservatif – qui nécessite dans tous les cas une certaine technique – que dans les registres de justification que se dévoilent à nouveau les normes de genre, assignant même les plus « techniques » des femmes à la sphère sanitaire.

¹²⁸ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

¹²⁹ Étudiante, 23 ans, en couple (préservatifs).

Le moment de la pose du préservatif est donc un moment où le genre s'exprime, et qui permet la confirmation de la distribution des rôles au sein du script. Mais cette « pose » est fréquemment assimilée dans les discours des enquêté·e·s à une « coupure » – une « pause » qui semble poser problème.

En tant qu'objet sexuel, le préservatif doit être choisi selon des critères qui dépassent son aspect médical. Il nécessite un apprentissage et une certaine technique pour être utilisé correctement. Néanmoins, il ne semble pas que ces préalables suffisent systématiquement à assurer désir et plaisir durant un rapport sexuel où il est utilisé.

2.2.2 De la pose à la pause ? Préservatif et plaisir dans le script sexuel

Dès la diffusion de l'utilisation du préservatif pour les premiers rapports et les rapports occasionnels a émergé l'idée que celle-ci pouvait avoir un effet sur la réflexivité en matière de sexualité :

S'interrompre au cours d'un rapport pour mettre un préservatif, intégrer la pose du préservatif dans ses scénarios sexuels, ne pas en mettre et penser au risque couru, ou ne pas y penser, éviter implicitement certaines pratiques : le champ des possibles se modifie, ce qui oblige les sujets, du moins certains d'entre eux, à avoir une attitude beaucoup plus réflexive à l'égard de leurs pratiques. (Bozon 1995, p. 54)

L'utilisation du préservatif est en effet susceptible d'entraîner une augmentation de la réflexivité, dans la mesure où c'est un objet matériel qui s'insère dans une relation désormais généralement pensée, dans un contexte de contraception largement médicalisée, sans lui. Le type de réflexivité entraîné par le préservatif est particulier en ce qu'il est contraint : c'est l'objet qui est susceptible, en intégrant le script sexuel, d'obliger à se pencher sur sa pratique sexuelle. En tant qu'objet à poser sur le sexe masculin une fois celui-ci en érection, mais avant la pénétration, le préservatif peut poser problème à double titre : d'une part, parce que ce moment de pose représente une pause, qui nécessite de la logistique, une interruption du script considéré comme « naturel » et dans lequel la contraception ne se donne généralement pas à voir de manière claire. D'autre part, parce qu'en tant qu'objet il lui est souvent reproché de représenter une « barrière » entre les partenaires. Mais il peut également avoir des effets sur la fin du script.

Le moment de mise du préservatif apparaît comme une « coupure » du script sexuel, comme si celui-ci s'arrêtait et ne pouvait reprendre qu'ensuite. C'est en effet un moment qui « implique quand même de la logistique quoi, ça veut dire se lever, déchirer le truc, mettre le truc », comme l'expliquent Laura Li ou encore Pauline, selon laquelle il « faut toujours rallumer la lumière, pour vérifier, et puis bien regarder, pour pas que on le troue avec un ongle ». Le fait de devoir « aller chercher le truc » rend également « solennel » un moment qui ne devrait pas l'être, d'après Rémi qui ajoute que « ça demande un calcul, ça demande presque un agenda » ; ainsi que de la « concentration », selon Martin. Pour la majorité des enquêté·e·s, cette idée d'une interruption est ainsi centrale dans les reproches faits aux

préservatifs, d'autant plus quand les circonstances matérielles allongent cette coupure, comme le raconte Lucile¹³⁰ :

Lui il voulait absolument mettre une capote, du coup on était rentrés chez lui, [...] là il a fallu trouver une capote, et genre il a mis dix minutes à fouiller dans son placard, à fouiller dans sa salle de bain, il retrouvait plus ses capotes quoi ! (rire) Et du coup à la fin j'étais là : « Bah tu sais sinon on peut le faire sans, hein », (ton énervé) « Non, je veux qu'on mette une capote, je veux une capote », du coup j'ai fait « Ok », mais du coup tu vois ça avait vraiment cassé le truc.

Pour Lucile, l'interruption due à la recherche du préservatif a « cassé le truc » ; l'objet est rendu responsable de la coupure dans le script interpersonnel, il représente un élément perturbateur au sein de celui-ci. Or en l'interrompant, il amène le risque de le faire changer de statut : « ça peut réussir à rompre une rythmique qui est en place », comme l'explique Olivier¹³¹, quand pour Juliette¹³² il représente même un « tue-l'amour » car le mettre « coupe le rythme ». Le fait de devoir saisir et enfiler le préservatif peut interrompre le déroulé habituel du script sexuel – en ce sens, pour certain·e·s enquêté·e·s il remet ainsi en cause la « spontanéité » considérée comme normale de la sexualité. C'est ce qu'explique Évelyne, selon laquelle avec le préservatif « on peut pas se retrouver, comme ça, dans un élan d'amour, et puis se laisser aller dans cet élan d'amour, sans d'un seul coup, “Hop”, revenir en fait... [...] “Ah, préservatif !” », et qui regrette « ce côté raisonnement » qui va avec le préservatif. Il s'oppose dans son discours à l'expression de l'amour que doit représenter la spontanéité du script ordinaire. De même, pour Marielle, la responsabilité matérielle du préservatif remet en cause de la spontanéité sexuelle car il faut « chercher dans le placard », « ouvrir le machin », « le mettre en place », en interrompant ainsi le déroulement de l'acte. Mais le problème est également que son utilisation nécessite de « s'organiser » en amont : « penser à regarder la date de péremption », ou encore « penser à en racheter ». La gestion du préservatif devient ainsi une corvée domestique comme une autre. Mais ce qui revient le plus, c'est bien l'idée d'un script « naturel » dans lequel le préservatif n'aurait pas sa place (Braun 2013) et où il ne pourrait représenter qu'un élément perturbateur.

La réflexivité par rapport au préservatif dépend également de l'expérience préalable – des autres scripts de la sexualité contraincée que les enquêté·e·s ont en tête, ont déjà suivis ou suivent parallèlement. Le script le plus commun étant celui de la contraception médicale, le préservatif apparaît bien souvent comme perturbateur ; mais dans d'autres cas, la réflexivité qu'il induit peut être plus nuancée. Ainsi chez Sylvain, le préservatif implique deux attitudes contradictoires : la « sérénité » et l'« appréhension ». En effet, pour lui, le préservatif amène une sérénité par rapport à son script quotidien, celui du retrait : avec le préservatif, on ne « joue pas avec le feu ». Cependant, le fait qu'il déteste l'utiliser entraîne une « appréhension » car il sait « ce que ça va [lui] faire » en termes de « sensations ».

¹³⁰ Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

¹³¹ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

¹³² Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

Les jugements vis-à-vis du préservatif sont généralement portés en le comparant avec une autre situation.

En plus de représenter une pause qui induit une coupure dans l'acte, le préservatif peut également perturber d'autres aspects de celui-ci. Selon Solène¹³³, par exemple, « ça limite énormément les pratiques ». En effet, lorsqu'elle en utilisait elle avait très peur d'être enceinte et veillait à éviter tout contact potentiel avec le sperme et, en particulier, de ses mains avec le sexe de son partenaire. Véronique indique de son côté que « y'a tout un tas de jeux érotiques qui sont très différents selon qu'on a ou pas un préservatif ». Olivier renchérit en précisant que sa partenaire actuelle ne lui aurait pas fait de fellation sans préservatif ou sans test de dépistage au préalable. Se passer de préservatif permet alors d'accéder à d'autres types de plaisir – potentiellement difficiles à avouer à l'enquêtrice :

Olivier : Y'a une façon de vivre l'éjaculation, de manière assez... Comment dire ? Euh... ... Y'a un certain plaisir, à pouvoir... jouir dans une femme ou sur une femme... Je suis désolé ! Je...

Enquêtrice : Non non, mais y'a pas de souci !

Olivier : S'il est partagé, bien évidemment, je... Voilà, mais... Qui est limité par le préservatif, effectivement.

Ainsi, le préservatif empêche certaines pratiques sexuelles, ce qui peut également expliquer les réticences à son utilisation.

Il a également des effets sur la fin du script sexuel. En effet, le fait de devoir le retirer rapidement après l'éjaculation peut être considéré comme problématique, ainsi que l'explique Nicolas¹³⁴ selon qui « tout de suite faut pas en foutre de partout, donc du coup ça casse le moment câlin qui est après ». Mais sa présence a aussi un avantage pour certain·e·s enquêté·e·s : il évite que le sperme ne soit éjaculé dans le vagin de la femme, ce qui peut rendre plus agréable la fin du script. Que le sperme reste contenu dans le préservatif a une importance, car cela évite à la partenaire d'avoir à s'en occuper (et donc à se laver, ou à trouver des mouchoirs) : Julien souligne qu'ainsi « il y a juste à enlever la capote, à faire un nœud et puis la mettre à la poubelle, et après elle s'emmerde pas avec le sperme », et Laura Li insiste sur le fait que grâce au préservatif « on n'en met pas partout » (« depuis qu'on a arrêté le préservatif je fais "Ah, merde, c'était cool quand même !" » (rires) »). Utiliser un préservatif est ainsi moins contraignant pour la femme, surtout « lorsqu'elles ne veulent absolument pas que du sperme dégouline de leur sexe – par exemple lorsqu'elles doivent sortir dehors juste après le rapport¹³⁵ » (Severy et Spieler 2000, p. 261).

Indépendamment de cet aspect purement matériel, le sperme peut aussi provoquer une forme de dégoût, lié à son aspect ou encore à son odeur – et l'utilisation du préservatif permet alors d'éviter le

¹³³ Doctorante, 27 ans, en couple (ligature des trompes).

¹³⁴ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

¹³⁵ "Condoms make sex more enjoyable at times that they especially do not want to be dripping-such as when [women] are going out soon after sex."

contact direct avec celui-ci. Mélanie¹³⁶ explique que grâce au préservatif, « ça coule pas, enfin c'est pas désagréable, y'a pas cette odeur-là, ça c'est plutôt chouette » et Jeanne¹³⁷ que « ça laisse une odeur en fait l'éjaculation interne, même après la douche ». Mais les hommes peuvent également ne pas apprécier le fait d'éjaculer directement dans (ou sur) leur partenaire, comme l'explique Martin¹³⁸, qui trouve le sperme « dégueulasse » :

Moi de moi-même j'aurais jamais *fini* à l'intérieur, parce que je, pour moi... j'aimerais pas, enfin je sais pas, moi ça me dégoûterait, donc je vois pas pourquoi je le ferais de moi-même. [...] Et puis en fait on a essayé, et puis j'ai vu que ça la dérangeait *vraiment* pas, elle faisait pas juste ça pour me faire plaisir, donc en fait... elle s'en foutait. Des fois elle a pas envie parce que elle a pas envie, elle a envie d'aller se coucher, elle a pas spécialement envie d'aller prendre une douche ou quoi, mais en fait ça la dérangeait pas spécialement. [...] En fait si elle sort de sa douche et qu'on fait l'amour, elle préfère que j'en mette une [capote]. Alors que si elle prévoit d'aller prendre sa douche, elle dit « Oh je m'en fiche, je vais prendre une douche ».

Commencer le rapport pénétratif sans préservatif lui permet peut-être également de renforcer son érection, afin d'être sûr de ne pas avoir de « panne » au moment de la pose du préservatif ; mais c'est surtout son dégoût du sperme qui semble pousser Martin à enfiler un préservatif à la fin du rapport, juste avant l'éjaculation (même si sa compagne prend la pilule). Sa découverte que sa compagne ne partage pas ce dégoût lui permet de diversifier ses pratiques, mais c'est alors la dimension hygiénique qui s'invite dans la pratique, l'utilisation du préservatif dépendant de la temporalité de la toilette de sa petite amie. Ainsi, même dans les couples de long terme, il peut également être utilisé uniquement à la fin : c'est aussi le cas pour Patrick¹³⁹, dont la femme (qui a un DIU) développe des mycoses lorsqu'elle est en contact avec le sperme. Le préservatif n'est pas nécessairement présent pendant toute la durée du script sexuel.

Mais le reproche le plus fréquemment fait au préservatif que de ne pas permettre des « sensations » optimales. On peut s'interroger sur ce que recouvre cette question des « sensations », ou encore du « ressenti » dont témoigne Sébastien¹⁴⁰ :

Enquêtrice : Et alors pour en revenir à ce que vous me disiez sur le ressenti du préservatif, qu'est-ce qui vous gêne exactement ?

Sébastien : Euh... Le manque, la perte de contact. Direct. Avec le vagin. Ou la bouche, ou la main, ou autre... Euh... Pour moi c'est un rapport qui apporte la plus grande partie du plaisir. Et pour l'autre personne aussi. En général.

¹³⁶ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

¹³⁷ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

¹³⁸ Étudiant, 21 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

¹³⁹ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

¹⁴⁰ Ingénieur en reconversion pour être masseur, 38 ans, en couple (sa compagne a un DIU).

Deux dimensions se mêlent ici : d'abord, celle souvent mise en avant des sensations « directes » qu'empêche le préservatif, et leur lien avec le plaisir des partenaires ; mais ce qui est également évoqué, en particulier par les hommes, c'est l'idée d'un « contact » entre les partenaires.

Indépendamment de ses effets physiques, c'est en effet un autre type de plaisir que semble empêcher le préservatif, comme l'explique Guillaume : « C'est con mais quand la fille elle te dit “Viens en moi” tu dis “Bah non, y'a le préservatif”. Mais c'est psychologique ça, c'est un plaisir psychologique ». Le préservatif peut ainsi ne pas simplement représenter une coupure dans l'acte et une barrière matérielle, mais également empêcher quelque chose qui relèverait plutôt d'une « connexion » entre les partenaires (Sylvain), il empêche d'être « 100 % en contact avec la personne » et rend donc la relation « moins intense » (Julien), en en diminuant « l'intensité et la profondeur de l'échange » (Domenico¹⁴¹). En effet, comme l'explique Colin¹⁴², « intégrer un corps étranger dans ce qui pour [lui] doit être une relation charnelle et pure » va à l'encontre du « caractère hyper authentique de la chose » et la « robotise » même, impliquant nécessairement une approche « assez mécanique » également dénoncée par Rémi¹⁴³ :

Je sais pas comment ils font les gens, de manière générale quoi. Moi j'ai des potes qui me disent « Ouais, ça me dérange pas... » « T'es insensible ou quoi ? » [...] Je vois pas trop le sexe comme un truc qu'on fait comme ça, mécaniquement, en fait. Avec un préservatif je me sens plus être un robot... et baiser mécaniquement, qu'être vraiment dans le *feeling*, en fait.

Une modalité de dénonciation du préservatif se situe ainsi dans un registre qui associe sexualité et sentiments, sexualité et proximité, plutôt que sexualité et simple performance. Cette représentation s'appuie ainsi sur une certaine vision de la sexualité, telle que mise en évidence par la dernière enquête sur la sexualité en France :

C'est finalement davantage un modèle de sexualité « au féminin » qui s'est trouvé peu à peu valorisé, où la réussite sexuelle se mesure moins à l'aune de la seule performance sexuelle qu'à la capacité qu'ont les deux partenaires à s'engager dans une relation stable et surtout satisfaisante du point de vue affectif et sexuel. (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 563)

On peut penser que le fait d'avoir affaire à une interlocutrice encourage le développement de ce type de discours chez les hommes interrogés. En effet, refuser le préservatif au nom d'une vision « féminine » de la sexualité est sans doute plus légitime que ne peut l'être le fait de simplement le refuser au nom de son plaisir personnel. Comme le montre Marie-Laure Déroff, on aboutit finalement à « l'idée partagée d'une forme de hiérarchisation des sexualités avec une sexualité “conjugale” entendue et attendue comme sexualité assurant d'un véritable épanouissement » (2007a, p. 140). Le discours masculin de dénonciation du préservatif participe ainsi d'une hiérarchisation des sexualités qui recoupe

¹⁴¹ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

¹⁴² Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

¹⁴³ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

celle des femmes, liant conjugalité et sexualité légitime¹⁴⁴. Néanmoins, le préservatif peut également avoir sur le script des effets positifs qui sont à lier à la situation conjugale de ses utilisateurs/trices.

Les effectifs de personnes en couple et utilisant le préservatif interrogées par Fecond 2010 ne nous permettent pas de conclure quant à un effet négatif plus ou moins important de celui-ci en fonction de la situation conjugale. Mais une enquête canadienne récente menée sur des étudiant·e·s de premier cycle montre l'importance du statut relationnel dans le plaisir sexuel déclaré avec ou sans préservatif. L'étude met en évidence que c'est le statut de la relation (rapport occasionnel, partenaire régulier·e mais sans engagement, partenaire avec le/laquelle on est engagé·e, couple installé) qui est le plus pertinent pour rendre compte du plaisir pris lors du dernier rapport (le plaisir croît avec l'engagement). Comme l'utilisation de préservatif décroît avec l'engagement, on a souvent tendance à lui attribuer des effets négatifs sur le plaisir, qui peuvent en fait largement être imputés plutôt au statut de la relation (Milhausen et al. 2018, p. 26). Par ailleurs, on a vu que parmi les couples installés qui utilisent le préservatif, il peut être un moyen de contraception choisi (comme c'est le cas pour Nolwenn) ou bien être considéré comme positif car, sans être idéal, il succède à des méthodes ayant eu des effets plus négatifs sur la sexualité en matière de plaisir. On peut penser à Carine¹⁴⁵ ou à Sandrine, qui a conscience de sa particularité car elle me précise dans son premier message qu'elle est « mariée depuis longtemps, et pourtant, avec préservatif :-) ». Le préservatif peut alors être « ritualisé », « automatique » (Marjorie¹⁴⁶) et ne pas représenter un obstacle au plaisir, mais s'intégrer plutôt dans le script.

Ainsi, les effets négatifs ou positifs du préservatif sur le plaisir peuvent être en lien avec le statut de la/du partenaire plutôt qu'avec des « sensations » à proprement parler. Mais un autre aspect est déterminant pour comprendre les attitudes vis-à-vis du préservatif : il s'agit de ses effets possibles sur l'érection masculine.

2.2.3 La masculinité à l'épreuve des effets du préservatif sur l'érection

En France, le script sexuel contemporain est organisé autour de la pénétration pénovaginale. C'est ce qui explique la nécessité d'utiliser un préservatif pour se protéger des IST ou d'une grossesse non désirée lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de contraception. La diffusion du préservatif a d'ailleurs pu contribuer à la persistance de l'organisation du script hétérosexuel autour de la pénétration (voir chapitre 9). Cette pénétration nécessite que le sexe masculin soit en érection, mais il doit l'être déjà au moment de la pose du préservatif et le rester ensuite, jusqu'à ce que l'éjaculation masculine marque, si ce n'est la fin de l'acte lui-même, du moins la fin de la pénétration pénovaginale. Or, avoir, puis conserver, une érection ne va pas forcément de soi – même si, selon les résultats de l'enquête

¹⁴⁴ Notons néanmoins que pour certaines pratiques sexuelles, le préservatif semble ne pas poser problème : c'est le cas de la pénétration anale, où il est fréquemment utilisé avec des justifications hygiéniques et sans que d'éventuels effets négatifs ne soient déplorés (voir chapitre 10).

¹⁴⁵ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

¹⁴⁶ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

Fecond 2010, les hommes concernés parfois ou souvent par des difficultés d'érection dans les douze derniers mois sont très minoritaires (4 à 6 %) avant 40 ans (voir tableau E3 en annexe E). Les chiffres augmentent en fait particulièrement après 50 ans, comme le montrent les résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France, qui vont jusqu'à 69 ans (Levinson 2008a, p. 488). Cependant, ne pas réussir à avoir une érection, ou bien à rester en érection, n'est pas toujours gênant au niveau sexuel. Ainsi, selon Fecond 2010, pour 54 % des hommes déclarant des difficultés d'érection (indépendamment de l'usage du préservatif), elles ne sont pas « un problème pour leur sexualité » (30 % déclarent qu'elles posent problème tant à eux qu'à leur partenaire, 14 % juste à eux et seulement 2 % uniquement à leur partenaire).

Si les hommes coutumiers des problèmes érectiles peuvent avoir adapté leur sexualité en conséquence, ce n'est pas le cas de la majorité des hommes. C'est ce dont témoigne en particulier le succès du Viagra, commercialisé en particulier à destination des hommes plus âgés, pour lesquels la « dysfonction érectile » est plus commune, mais dont les campagnes publicitaires « laissent entendre que le Viagra concernerait *a priori* tous les hommes », leur permettant de « reprendre le contrôle de leur corps, comme les femmes l'auraient fait avec la contraception » (Bajos et Bozon 1999, p. 36). Le Viagra évite ainsi le risque de se retrouver dans une situation « d'impuissance », dont Alain Giami souligne qu'elle est, dès le XIX^e siècle, « définie comme une catégorie médicale et traitée par des médecins [...] sous la forme d'une "*perte de virilité*" » (2004, p. 80). L'érection – y parvenir, mais également la maintenir – est ainsi l'une des conditions pour performer une forme hégémonique de masculinité dans la sphère sexuelle, à savoir « ce qui garantit (ou ce qui est censé garantir) la position dominante des hommes et la subordination des femmes » (Connell 2014, p. 74). Concernant l'importance de l'érection, on peine d'ailleurs à retrouver parmi les hommes les plus diplômés une mise à distance des « représentations traditionnelles de la virilité » (sur le sujet voir Singly 1993) que l'on observe dans d'autres sphères, où les hommes des classes supérieures embrassent une « identité masculine rénovée » et délivrée de certains carcans virils (Guionnet 2012, p. 11-12). L'érection est ainsi nécessaire pour « faire son genre » (West et Zimmerman 2009 [1987]), ce qui explique qu'elle demeure centrale dans les discours recueillis. Le préservatif peut alors être refusé ou au contraire particulièrement apprécié, selon qu'il nuit à l'érection ou, au contraire, qu'il permet de la prolonger.

2.2.3.1 *Quand le préservatif fait perdre l'érection... et la face*

Le lien possible entre utilisation du préservatif et perte de l'érection est attesté dans la littérature épidémiologique. Une revue de littérature internationale des articles abordant spécifiquement les problèmes d'érection liés au préservatif donne quelques indications, mais les chiffres sont très variables : selon les enquêtes, entre 5 % et 28 % des hommes seraient concernés (Sanders et al. 2012). De son côté, une enquête états-unienne réalisée sur de jeunes hommes (moyenne d'âge de 24 ans) s'étant rendu dans un centre de dépistage des IST montre ainsi que sur les 278 enquêtés, un tiers avait déjà eu une perte d'érection liée à l'utilisation du préservatif (Graham 2012). On retrouve de telles situations chez

plusieurs des personnes interrogées dans le cadre de mon enquête, quel que soit leur âge ou leur sexe. C'est par exemple ce qu'explique Solène¹⁴⁷, qui s'est finalement fait stériliser à 27 ans mais qui a dû avant cela utiliser quelques mois des préservatifs avec son partenaire pour la première fois (car elle avait un DIU au début de leur relation et qu'ils avaient fait des tests peu avant) :

Enquêtrice : Et du coup quand t'as dû remettre un préservatif, au début de l'année dernière, comment ça s'est passé pour votre sexualité ?

Solène : Euh, mal ! (rires) Concrètement. Bah ouais, la fréquence des rapports a drastiquement chuté, parce que de savoir que... Déjà, avant de partir, de savoir qu'il allait falloir s'arrêter à un moment, pour mettre le préservatif, alors que c'est quelque chose qu'en plus on n'avait jamais fait tous les deux... Concrètement ça me fatiguait ! (rire) Et puis... bah derrière lui ça le faisait à moitié déblander, donc ça veut dire qu'il fallait le reprendre...

Comme on l'a vu précédemment, le préservatif impose une « coupure » du script qui pose problème. Mais c'est aussi – voire surtout – parce qu'il empêche son partenaire de conserver totalement son érection que le préservatif met le rapport sexuel en péril. C'est également ce que rapporte Jean-Marc¹⁴⁸, qui ne l'a utilisé que très ponctuellement, lors de relations extraconjugales :

C'était... comment dire... [j'avais] pas une très grande pratique de la chose, quoi. Sur l'aspect... Pas évident évident au départ, quoi. [...] Oui, pas toujours pratique, et puis parfois aussi... Ça a tendance à pas bien tenir ou des choses comme ça.

Ses hésitations dans l'expression des problèmes que lui pose le préservatif s'expliquent ici par la difficulté à « avouer » ce qui fait que le préservatif ne « tient » pas bien : la perte d'érection. Cette difficulté témoigne de l'importance de celle-ci, ainsi peut-être que de la nécessité de garder la face lors de l'interaction avec moi.

C'est ce dont témoignent également plusieurs enquêtes menées dans des milieux plus populaires, comme la recherche réalisée entre 1996 et 2000 par Christelle Hamel auprès de jeunes Français·e·s né·e·s de parents maghrébins résidant en France, âgé·e·s de 18 à 25 ans et en situation de « galère ». L'autrice y montre qu'un des ressorts de la non-utilisation du préservatif par les garçons est le fait qu'il « risque de faire obstacle à la performance », alors même qu'une crainte centrale tient dans « la peur de passer pour un “puceau” auprès des copains », faisant « du port du préservatif une préoccupation lointaine, en contradiction avec l'affirmation de la “masculinité” » (Hamel 2002, p. 97). De même, une enquête canadienne sur des jeunes en difficulté, hébergés en « centre jeunesse » au début des années 2000 met en évidence la centralité de cette idée de performance, indiquant que « plusieurs jeunes hommes rencontrés veulent prouver à ce point leur virilité qu'ils considèrent que le condom nuit à leurs performances sexuelles » (Manseau et al. 2011, p. 187). Avouer que le préservatif pose problème en matière d'érection, pour ces jeunes comme pour les hommes d'âges variés que j'ai interrogés, c'est ainsi reconnaître une faiblesse, quelque chose qui peut « diminuer entre guillemets la performance

¹⁴⁷ Doctorante, 27 ans, en couple (ligature des trompes).

¹⁴⁸ Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

sexuelle », comme l'explique Matthieu¹⁴⁹, qui met cela en lien avec une forme de pression sociale plus générale en matière de sexualité :

Y'a une pression, ouais bien sûr, parce que le côté sexuel... [...] C'est une question, il faut être performant, voilà, il faut durer, il faut... Faut avoir un grand sexe, enfin faut... C'est un peu tout ça, c'est un peu toute une pression, toute une influence, alors je sais pas à quoi c'est dû, à plein de choses, certainement. [...] Alors que ça aide pas forcément, justement. Ouais ça peut aider, si on a le côté, l'esprit un peu sportif, et dire « Voilà, faut que je sois bon, tout ça ».

Cette idée d'une « performance » sexuelle attendue de la part des hommes, et qui se donne à voir dans les craintes que peut susciter la pose du préservatif, est à mettre en lien avec l'idée d'une performance plus « sportive », entendue non plus comme « une contrainte qu'on vous impose au nom de quelque chose de supérieur à vous, mais [comme] une libération qu'on s'impose à soi au nom de soi-même, de sa santé, de son stress, de son apparence physique, etc. » (Ehrenberg 1991, p. 181). Comme dans le sport, dans la sexualité – et plus particulièrement en ce qui concerne l'érection – la défaillance est interdite et risque de mettre sa relation à soi-même en danger. Or le préservatif donne à voir celle-ci de manière immédiate, comme l'explique Christophe¹⁵⁰ :

Le problème du préservatif, c'est que quand vous commencez à débander, et bah c'est la catastrophe quoi, le préservatif il se casse, quoi ! Vous avez pas le droit à la moindre défaillance, bon, alors... Moi il m'arrive régulièrement d'avoir des défaillances, des trucs, des hauts et des bas, vous vous retrouvez avec le préservatif en bas des chaussettes, en bas des chevilles, c'est pas terrible !

Le préservatif, qui rend obligatoire une érection totale et continue, met ainsi en lumière « des hauts et des bas » qui pourraient sinon passer plus inaperçus. Ce faisant, et par son identification avec la masculinité, il met celle-ci en péril. Laurent¹⁵¹ tient exactement le même discours, tout en soulignant l'importance de la réflexivité exacerbée qui peut découler du port du préservatif :

Quand on a un acte de pénétration classique, enfin sans préservatif, parfois on n'est pas complètement dur, on est un peu moins dur, et ça se passe très bien. [...] Avec le préservatif c'est un peu plus compliqué, parce que... parce que parfois on devient un petit peu moins dur, et donc y'a une modification qui fait dans la forme, la texture, je saurais pas exactement dire, mais y'a quelque chose qui se passe, et là ça devient un peu plus... On sent quelque chose qui se passe, au niveau de, du préservatif, qui fait que on se dit « Merde, il commence à plus tenir, je suis en train de le perdre », alors que on le perd pas forcément, mais... On le perd pas forcément, parce que on est encore suffisamment dur et que il est encore suffisamment enfilé, mais... Y'a une sensation qui fait... à un endroit, parce que ça se met un petit peu à bouger, quoi, ça fait un peu peur, quoi. Enfin pas peur, mais on n'est pas forcément très à l'aise, c'est pas une seconde peau. C'est pas une seconde peau, quoi.

¹⁴⁹ Educateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

¹⁵⁰ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

¹⁵¹ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

Ce n'est plus la défaillance de l'objet qui provoque la réflexivité obligatoire, mais la défaillance masculine qui est dévoilée et exacerbée par l'objet. L'érection est centrale dans la représentation de la bonne masculinité et les défaillances sont en discordance avec cette dernière. Parallèlement, les formes de sexualité non pénétratives – celles qui ne nécessitent pas une érection totale et/ou continue – sont mises de côté, dans un mouvement de « marginalisation ou [de] délégitimation des autres voies » typique « des masculinités socialement dominantes » (Connell et Messerschmidt 2015, p. 174). On peut alors s'interroger : comment garder la face vis-à-vis de sa partenaire lorsque la masculinité est ainsi mise en jeu par le port du préservatif ?

Deux jeunes enquêtés ont eu récemment des problèmes d'érection suite à l'utilisation du préservatif. Dans le cas de Nicolas¹⁵², c'est lors de ses rapports avec sa partenaire actuelle que cela pose problème, alors qu'il n'a jamais eu de soucis avec ses partenaires occasionnelles ; pour Fadi¹⁵³, c'est en particulier lors des relations occasionnelles que la question se pose (il n'utilise pas de préservatif sinon). Dans les deux cas, leurs partenaires ne les ont « jamais incriminés là-dessus » (Nicolas) et leur ont dit que « c'était pas grave » (Fadi), ce qui d'ailleurs ne satisfait pas Nicolas :

Je préférerais à la limite qu'on dise « Ouais, ça fait chier, faut qu'on trouve une solution », plutôt que de dire « C'est pas grave » alors qu'on sait tous les deux que ça fait chier.

S'il faut « trouver une solution », c'est parce qu'il s'agit d'une situation vécue par les deux hommes comme très problématique en ce qu'elle met à mal leur image d'eux-mêmes en tant qu'hommes – et c'est cela qui apparaît comme vraiment gênant, comme l'explique Nicolas en faisant le récit d'une situation où la pose du préservatif lui a fait perdre son érection lors d'un rapport avec sa partenaire actuelle :

Forcément vu que c'est redescendu, faut enlever le préservatif, là on repart un peu sur des câlins gentils, et puis après, même des fois... 'Fin, moi ça me met tellement en doute que j'ose même pas me dire « On réessaie », parce que je me dis « Ouais, 'fin... Juste avant t'étais bien, et tu sais pas ce qu'il s'est passé... Et t'es redescendu » du coup j'me dis, 'fin je doute tellement de moi que j'ai même pas forcément envie de... de dire on réessaie ou quoi. Quelquefois ça m'est arrivé de réessayer et ça a marché, d'autres coups ça a pas marché, donc du coup c'est... Ouais, 'fin, maintenant je suis tellement en doute que je me dis « Bon bah tant pis, laisse tomber quoi ».

Ici, c'est son rapport à son corps et à la maîtrise qu'il a de celui-ci que le préservatif met en cause pour Nicolas, au point qu'il « n'ose » même plus réessayer d'avoir un rapport, de peur de vivre une seconde fois une humiliation. Ce n'est ici pas tant la peur de renvoyer à sa partenaire l'idée qu'il ne la désire pas qui semble problématique pour Nicolas (à ce sujet voir chapitre 10), mais bien la question de l'image qu'il se renvoie à lui-même en tant qu'homme.

¹⁵² Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

¹⁵³ Informaticien, 26 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

De son côté, Fadi a connu également des problèmes d'érection lors de ses relations occasionnelles avec préservatifs, ce qu'il attribue d'ailleurs à un préservatif trop serré :

Enquêtrice : Et est-ce qu'avec le préservatif vous avez pu avoir des problèmes d'érection, justement ?

Fadi : Bah une fois, oui. Une ou deux fois quand ça serrait vraiment. Du coup le sang passait pas, et...

Enquêtrice : Et c'est quelque chose qui peut vous stresser, quand vous aviez des relations ponctuelles, de vous dire que ça allait jouer là-dessus ?

Fadi : Ouais, énormément, ouais.

Enquêtrice : Pour quelle raison ?

Fadi : Bah du coup... On peut pas faire du coup ce qu'on veut... dans le sexe. Oui, puis ça fait, ça met toujours une petite honte avec la personne avec qui on est, et du coup après on a du mal à le refaire avec la même personne, voire avec une autre... pendant quelque temps.

Pour Fadi aussi, c'est la question de la « honte » qui semble centrale, d'où la difficulté à avoir à nouveau, ensuite, des rapports avec une partenaire devant laquelle il a « perdu la face » (Goffman 1974 [1967]) ou même d'avoir des rapports tout court, de peur de vivre à nouveau ce type de situation. Pour l'éviter, il « bricole » d'ailleurs autour de son utilisation du préservatif. D'abord, en allongeant les préliminaires lorsqu'il doit y avoir recours, pour être sûr de son érection et « éviter du coup bah, de débânder » lorsqu'il va chercher le préservatif. Mais aussi en ne l'utilisant pas tout au long du rapport : il arrive généralement à convaincre ses partenaires de l'enlever rapidement « vers la fin, pour avoir plus de sensations ». Il laisse alors la « confiance » faire office de protection contre les IST, ce qui lui permet de « garder la face » et sa virilité intacte face à ses partenaires occasionnelles. Mais cela n'est possible que lorsqu'elles utilisent un autre moyen de contraception – les « coûts de la masculinité » (Dulong, Guionnet et Neveu 2012), ou plutôt les risques qu'elle induit, étant encourus alors par les deux partenaires. Une étude états-unienne indique d'ailleurs que la qualité de l'érection, et la difficulté à la maintenir avec un préservatif, est une des raisons principales d'une utilisation incomplète du préservatif (Hensel et al. 2011). Or, les enquêtes quantitatives peinent à rendre compte de ce type d'utilisations, car elles sont généralement pensées sur un mode binaire qui ne correspond pas toujours aux expériences des individus (Mozziconacci et Thomé 2020).

L'utilisation du préservatif va ainsi de pair pour certains hommes avec un risque pour leur masculinité et pour leur rapport à eux-mêmes – ce qui peut induire une absence d'utilisation, ou une utilisation partielle, de cet objet. Mais pour d'autres, il est au contraire un support de leur masculinité.

2.2.3.2 Faire durer l'acte : augmenter le plaisir ou réassurer la masculinité ?

Le préservatif n'est généralement pas considéré comme un objet érotique, capable en lui-même d'augmenter le plaisir – alors même que des recommandations de santé publique insistent sur la nécessité d'appuyer cette dimension pour encourager son utilisation (Philpott, Knerr et Boydell 2006). Néanmoins, il présente pour certains hommes une dimension très positive. Plusieurs enquêtés soulignent en effet qu'il permet à l'homme de « durer plus longtemps », ce qui n'est « pas plus mal »

(Tanja¹⁵⁴ à propos d'un de ses anciens partenaires, qui appréciait son utilisation). Cette propriété du préservatif peut même être utilisée dans un cas très paradoxal décrit par Fabien¹⁵⁵ : ayant l'habitude des rapports sexuels occasionnels avec des hommes rencontrés sur des applications de rencontre ou en clubs, il utilise systématiquement le préservatif tant pour la pénétration que pour la fellation. Mais lors de ses quelques rapports avec des femmes « en *one to one* » (et non en club échangiste), il juge qu'insister pour utiliser un préservatif si sa partenaire ne le propose pas peut couper l'acte et « mettre un froid », en rendant sa partenaire suspicieuse quant à d'éventuelles IST. Il a donc trouvé une parade :

Alors je trouve des... des excuses (rire) en disant que je suis sensible ! Et que... C'est pas bien mais... C'est, j'aime pas mentir en fait, mais je dis que je suis sensible, et que du coup ça permettra de durer plus longtemps... Voilà, je tourne les choses comme ça.

Prétexter une « sensibilité » particulièrement forte et arguer de la volonté de faire durer l'acte plus longtemps permet ainsi à Fabien d'imposer un préservatif sans éveiller de soupçons concernant les IST. Mais, pour les hommes auxquels le préservatif permet réellement d'allonger la durée du rapport pénétratif, avoir un rapport sexuel plus long permet ainsi de « faire des choses un peu différentes » et en particulier de « changer de position plus souvent », comme l'explique Jacob qui apprécie d'alterner les rapports avec et sans car « c'est toujours agréable, le fait que ça change ». C'est également ce qu'explique Thomas¹⁵⁶ :

Enquêtrice : Et vous, ça vous a embêté quand elle vous a demandé de remettre le préservatif ?

Thomas : Non. Moi je préfère avec.

Enquêtrice : ... D'accord. (rises)

Thomas : Je dois être un des rares mecs qui préfèrent avec mais... Je préfère. [...] Moi ce que je préfère c'est que ça me rend moins sensible, et du coup ça dure plus longtemps. J'aime bien que ça dure longtemps. [...] Le temps de pouvoir faire plein de positions, de pouvoir être brutal sans jouir en une minute, etc. Donc... Voilà. C'est pour ça que je préfère avec.

Ma surprise maladroite et mal dissimulée face à l'affirmation de Thomas qu'il « préfère avec » ne l'étonne pas, dans la mesure où il sait qu'il est « rare » d'avoir cette opinion. Pour lui aussi, le préservatif permet d'allonger la durée du rapport et donc de diversifier le script tout en évitant de « jouir en une minute ». Thomas explique en fait être « hyper stressé » par la possibilité d'avoir un rapport sans préservatif du fait de ses premières expériences sexuelles où, s'il n'était selon lui « pas éjaculateur précoce », il était tout de même « vraiment très rapide, trop rapide » lorsqu'il ne mettait pas de préservatif, alors qu'il « pouvait tenir [...] entre vingt minutes et une heure et demie » en en utilisant. Si l'expérience lui a montré qu'aujourd'hui, sans préservatif, « ça va pas si vite que ça », il trouve tout de même encore que « dans certaines positions, [...] ça va trop vite ». Finalement, ce que recherche Thomas ce n'est pas tant les « sensations », une « sensibilité » plus importante, mais plutôt une augmentation de

¹⁵⁴ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

¹⁵⁵ Créateur de sites internet, 33 ans, célibataire, bisexuel et très actif sexuellement (préservatifs).

¹⁵⁶ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

la durée du script – et c’est cela qui est indispensable à son plaisir. Cet effet paradoxalement positif de la diminution des sensations amène ainsi à interroger les critères de définition du plaisir sexuel et donne des pistes pour de nouvelles manières de promouvoir le préservatif, comme le souligne une recherche états-unienne :

Recentrer les campagnes de promotion du préservatif (et le marketing qui va avec) de manière à mettre en valeur les aspects de son utilisation qui augmentent le plaisir – comme le fait qu’il permet de prolonger le rapport sexuel, augmentant ainsi la tension psychosexuelle et, finalement, le plaisir sexuel – pourrait aider à dépasser l’idée que les préservatifs diminuent le plaisir de manière significative, en permettant aux autres points positifs de son utilisation d’être mis au premier plan¹⁵⁷. (Randolph et al. 2007, p. 848)

Le préservatif peut ainsi n’être pas un élément de coupure du script, mais plutôt de prolongation de celui-ci. Mais si l’on suit l’exemple de Thomas, un autre élément que la prolongation du script semble central pour comprendre l’importance du préservatif pour lui :

Et je l’utilise aussi par narcissisme. Parce que je suis plus... endurant, avec un préservatif. Enfin, narcissisme... Puis je préfère que ça dure longtemps aussi, donc...

Thomas lie ainsi l’endurance que lui procure le préservatif avec un « narcissisme » qui nous ramène au rapport à soi et à sa masculinité plutôt qu’au rapport à l’autre et au plaisir que peuvent ressentir ses partenaires. C’est ce dont convient d’ailleurs Thomas, selon qui, même si « plus ça dure longtemps, plus c’est une chance aussi d’avoir un orgasme ou plusieurs », il n’en reste pas moins que « ça arrive de temps en temps que ce soit trop long pour certaines » (ce qui conduit à « arrêter » et « se finir autrement »). Ainsi c’est bien plutôt pour lui-même, et pour ne pas redevenir ce jeune homme qui allait « trop vite » et ne correspondait pas à ses critères de la bonne masculinité en matière de sexualité, que Thomas utilise un préservatif.

Que ce soit parce qu’il contrarie l’érection ou parce qu’il la rend possible plus longtemps, le préservatif apparaît ainsi chez certains hommes comme un opérateur central de la masculinité et plus largement de leur représentation d’eux-mêmes.

3 Conclusion

Si les méthodes barrières se distinguent des méthodes médicales de contraception par leur indépendance vis-à-vis de l’institution médicale, elles ne modifient pas pour autant drastiquement les rapports genrés à l’œuvre dans la sexualité contraceptive. Qu’il s’agisse de méthodes s’appliquant aux corps des femmes ou à ceux des hommes, c’est une responsabilité très largement féminine que l’on retrouve de manière générale, la contraception (et la protection pour les préservatifs) étant largement

¹⁵⁷ “Refocusing condom promotion campaigns (and condom marketing) to emphasize the pleasure-enhancing aspects of condom use – such as condoms’ ability to prolong sexual intercourse, thus increasing psychosexual tension, and ultimately sexual pleasure – could help overcome perceptions that condoms significantly diminish pleasure, allowing the other benefits of condom use to come to the forefront.”

assimilée à un domaine « féminin », la santé, plutôt qu'à la sexualité qui pourrait la ramener vers les hommes.

Néanmoins, la sexualité demeure un paramètre central à prendre en compte pour comprendre tant la décision d'utiliser une méthode de ce type que les modalités mêmes de cette utilisation. Ce qui est en jeu, c'est à la fois la manière dont ces objets peuvent donner à voir des organes sexuels généralement cachés et les effets directs qu'ils peuvent avoir sur ces organes (par exemple en empêchant l'érection). C'est ainsi la place de ces « barrières » dans le script sexuel qu'il faut interroger, tant dans son aspect matériel que dans ce qu'elle dit plus profondément des représentations genrées et socialement situées du plaisir et du désir sexuels, mais aussi plus généralement du rapport des hommes à leur masculinité.

Finalement, le préservatif masculin semble bien avoir des effets sur la réflexivité de certain-e-s des enquêté-e-s, en créant une réflexivité « obligatoire » mais qui dépend en partie des autres méthodes de protection/contraception qui ont été utilisées.

Chapitre 8. Étudier les pratiques contraceptives alternatives pour repenser la sexualité « naturelle »

En France, la majorité des individus utilisent des méthodes médicales de contraception et ont déjà utilisé des méthodes barrières. Mais d'autres manières existent d'éviter les grossesses : des méthodes alternatives et beaucoup plus minoritaires. Il s'agit du retrait et de ce que l'on qualifie souvent de « méthodes naturelles », mais qu'il est plus juste de désigner sous le terme de MAO, pour méthodes d'auto-observation. Ces dernières consistent à déterminer la date d'ovulation, afin d'éviter, ou de protéger par une méthode barrière ou des spermicides, la pénétration vaginale avec éjaculation autour de celle-ci. L'une comme l'autre sont très peu utilisées comme méthode principale : d'après les derniers chiffres disponibles, ceux du Baromètre santé 2016, la catégorie comprenant « le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait » comprend 4,6 % des femmes de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine et concernées par la contraception¹. Le chiffre varie entre 1,1 % pour les 20-24 ans et 6,1 % pour les 35-39 ans, sans qu'une évolution notable depuis 2010 ne soit notée (Rahib, Le Guen et Lydié 2017, p. 3 et 5). Ces méthodes sont donc largement minoritaires dans les pratiques.

Quel intérêt présente alors l'étude de ces méthodes alternatives très minoritaires ? Si la sociologie s'est construite autour de Durkheim comme une science des régularités sociales, Pierre Mercklé rappelle l'importance de faire une « sociologie des irrégularités sociales ». En effet, « une compréhension plus complète et plus fine de la généralité a quelque chose à gagner de l'examen des exceptions » (Mercklé 2005, p. 29). Étudier des pratiques exceptionnelles ne permet ainsi pas uniquement d'en apprendre plus sur ces dernières, mais également sur celles rentrant dans la norme, comme le détaille Ivan Ermakoff en mettant en évidence les trois contributions permises par une telle approche :

La première est d'ordre critique. L'exception rend problématiques les catégories et les grilles de classification usuelles. Elle oblige à les repenser. La seconde est paradigmatique : le cas dessine les contours d'une classe dont il éclaire les traits les plus marquants. La troisième contribution se rapporte à l'objet de toute enquête : le cas d'exception, en vertu de ce qui le distingue, rend visible ce qui ne l'était pas. Sa valeur est heuristique. (Ermakoff 2017, p. 1)

Grâce à cette triple dimension critique, paradigmatique et heuristique, l'étude du retrait et des MAO permet de mettre en évidence des aspects problématiques ou invisibilisés de la contraception médicale et de la sexualité et, donc, de mieux les définir. Mais leur étude détaillée a également du sens pour elle-même, en permettant d'interroger le postulat qui les fonde : celui d'une sortie possible, et

¹ Non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

souvent revendiquée par leurs utilisateurs/trices, de la large médicalisation contemporaine de la contraception et de la sexualité (voir chapitre 6).

Étudier ensemble le retrait et les MAO apparaît nécessaire car ce sont des pratiques minoritaires, mais pas uniquement. En effet, bien que très différentes tant dans l'exécution que dans leurs effets sur la sexualité, ces méthodes ont plusieurs points communs. D'abord, elles sont considérées comme illégitimes, en particulier au sein des institutions médicales et plus largement politiques. C'est ce que montre leur description sur le site d'information sur la contraception mis en ligne par le gouvernement :

Certaines méthodes naturelles (retrait et abstinence périodique) sont présentées dans ce tableau au même titre que les autres moyens de contraception. Toutefois, il est important de rappeler que si ces méthodes peuvent être utilisées pour espacer les naissances, elles restent contraignantes et donc peu fiables².

Si ces méthodes sont présentées dans le tableau récapitulatif, cette description remet ainsi en cause leur légitimité à y être, les présentant comme particulièrement « contraignantes » et soulignant que leur utilisation vise à « espacer » plutôt qu'à éviter véritablement les naissances. C'est d'autant plus intéressant que le tableau indique les efficacités théoriques et pratiques de chaque méthode ; or d'autres méthodes sont moins bien classées de ce point de vue que le retrait et l'abstinence périodique (les spermicides, le diaphragme et la cape cervicale pour l'efficacité théorique ; les spermicides pour l'efficacité pratique) – et ce sans qu'aucune mise en garde particulière ne leur soit consacrée. Comme on le verra, cette illégitimité se perçoit également de manière tout à fait claire dans les discours des enquêté·e·s. Par ailleurs, ces méthodes sont qualifiées ici, comme dans le langage courant, de « méthodes naturelles », ce qui accrédite l'idée que les autres seraient « artificielles ». J'éviterai ici d'utiliser cette dénomination, lui préférant celle de « méthodes alternatives », qui englobe les méthodes s'éloignant de la « norme contraceptive française », ainsi que celle de « MAO » lorsqu'il s'agit de qualifier seulement les moyens de déterminer le moment de l'ovulation. De plus, ces méthodes ont la particularité commune, qu'elles partagent avec certaines méthodes barrières et spermicides, d'être antérieures à l'avènement de la contraception médicalisée – ce qui leur vaut parfois d'être qualifiées de « méthodes traditionnelles » – et d'être toujours praticables en dehors d'un contrôle médical.

Ces méthodes continuent à être utilisées malgré leur illégitimité, ce qu'il faut chercher à comprendre. Mais elles charrient en outre, en particulier pour les MAO, des discours normatifs très lourds, que l'on peut interroger : l'opposition nature/science qui les fonde, leur dimension essentialisante et leurs conséquences en termes de responsabilité, de sexualité et de réflexivité.

² Source : <https://www.choisirsacontraception.fr/contraception-tableau-comparatif.htm>, consulté le 22 janvier 2019.

1 Utiliser des pratiques contraceptives alternatives minoritaires

Le rejet de la norme contraceptive française tient à différentes causes : rejet de l'institution médicale, volonté de se réappropriier son corps, effets secondaires trop importants des méthodes hormonales et du DIU au cuivre, volonté d'arrêter les hormones mais sans utiliser le préservatif (ou du moins pas en continu), difficultés à utiliser d'autres méthodes, etc. Ce rejet n'est pas nécessairement le fruit d'une longue concertation : le retrait, en particulier, peut être un choix circonstanciel – ce qui contrevient à la norme en la matière³. Il importe donc de déterminer, d'une part, en quoi consistent exactement ces méthodes et quelles sont leurs implications et, d'autre part, qui sont les personnes qui les utilisent et ce qui les pousse à le faire. Pour éclairer précisément l'utilisation de ces « méthodes alternatives », c'est d'abord sur l'utilisation du retrait que je me pencherai, avant d'en venir aux MAO.

1.1 Le retrait, entre méthode contraceptive et pratique sexuelle

Également désigné parfois sous le nom de « *coïtus interruptus* », le « retrait » consiste pour l'homme à se retirer du vagin de la femme avant d'éjaculer – des spermatozoïdes pouvant cependant être déjà passés dans le vagin via le liquide préséminale⁴. Il s'agissait de la méthode de contraception la plus utilisée en France avant le développement des méthodes médicales (voir chapitre 4). L'apparition de ces dernières a entraîné un déclin rapide de son utilisation : d'après la dernière enquête Fecond 2013, seulement 5,1 % des femmes et 4,5 % des hommes déclarent utiliser actuellement le retrait comme méthode de contraception principale. Néanmoins, 46,9 % des femmes et 50,6 % des hommes ayant déjà eu un rapport sexuel déclarent y avoir déjà eu recours au cours de leur vie⁵. Avant de chercher à comprendre les modalités pratiques du choix de son utilisation, il faut analyser les représentations négatives de cette méthode.

1.1.1 Une méthode illégitime

Le retrait est considéré comme une méthode largement illégitime, et reste de ce fait difficile à saisir dans les enquêtes, tant quantitatives que qualitatives (Yaëlle Amsellem-Mainguy l'évoque néanmoins dans ses travaux sur l'entrée dans la sexualité et les premières méthodes contraceptives utilisées ; 2009, p. 28). Dans le cas des premières, une mise en valeur de la méthode est ainsi nécessaire pour éviter une sous-déclaration de la part d'enquêtés qui ne la considéreraient pas comme digne d'être mentionnée. On s'en rend par exemple compte en s'intéressant au questionnaire de l'enquête Fecond 2013 :

³ Ainsi qu'en témoignent les recherches de Julie Ancian relatant les procès de mères néonaticides. Elle montre que lors de ceux-ci, « le fait que l'absence de contraception puisse être liée à des difficultés plutôt qu'à un choix raisonné [...] est rarement pris au sérieux » (Ancian 2018, p. 197).

⁴ Qui ne contient pas lui-même de spermatozoïdes, mais peut en entraîner certains qui seraient restés dans l'urètre depuis l'éjaculation précédente.

⁵ On trouve des chiffres similaires pour d'autres pays où la contraception médicale est très majoritaire, comme les États-Unis, tant pour l'utilisation au moment de l'enquête que pour celle au cours de la vie (voir Jones et al. 2009, p. 408).

D12 *Exclusif*
Dans le mois où cette dernière grossesse / grossesse actuelle a débuté, faisiez-vous, vous ou votre partenaire, quelque chose pour éviter cette grossesse ?
 Enq : Citer
 Auto : Merci de cocher le ou les cas qui vous correspondent

- 1 Vous ou votre partenaire n'utilisiez pas de méthode de contraception
- 2 Vous évitiez les rapports les jours à risque, ou vous utilisiez le retrait ou les préservatifs
- 3 Vous ou votre partenaire utilisiez une autre méthode de contraception

998 [REFUS] *Exclusif*
 999 [NSP] *Exclusif*

Figure 5. Question D12 du questionnaire Fecond 2013

Les méthodes les moins légitimes pour éviter une grossesse (déterminer les « jours à risque », recourir au retrait ou au préservatif) sont directement mentionnées aux personnes interrogées. Ce manque de légitimité des méthodes non médicales avait déjà été mis en évidence à partir de l'étude d'une enquête menée en 1978, qui soulignait l'importance d'une question « de rattrapage » pour éviter la sous-déclaration de certaines méthodes :

Après avoir interrogé la personne enquêtée de la façon suivante : « Est-ce que votre mari et vous-mêmes employez actuellement une méthode pour éviter d'avoir un enfant ? », nous posions en cas de réponse négative, une seconde question formulée ainsi : « Ni vous, ni votre mari, ne prenez aucune précaution ? ». Cette simple insistance nous a permis de relever de 25 % l'estimation du nombre de femmes utilisant une forme quelconque de contraception. L'information supplémentaire obtenue grâce à cette question montre bien la difficulté de la communication dans ce domaine. Dans la quasi-totalité des cas, la méthode négligée lors de la première interrogation était le retrait, qui n'est pas considéré par un grand nombre de femmes comme une méthode contraceptive, peut-être parce qu'il est en fait pratiqué par l'homme et qu'il ne fait appel à aucun moyen mécanique. (Sardon 1986, p. 78)

Comme le suggère Jean-Paul Sardon, le fait que le questionnaire de 1978 n'ait été passé qu'après de femmes accentue sans doute la sous-déclaration du retrait, considéré comme ne relevant pas du ressort de la femme. Mais cette nécessité d'une question de rattrapage pour les méthodes moins légitime reste prégnante même lorsque les hommes sont interrogés, et on voit dans le questionnaire Fecond 2010 qu'elle reste posée (ici aux hommes, mais elle l'est également aux femmes) :

Si concerné(e) par la contraception et pas de contraception actuellement (POPCTTA_H =1 et CTTACT<>1)
Gh17. Multiple
Parmi les phrases suivantes, dites moi celles qui vous concernent vous ou votre partenaire actuellement ?
 Enq: citer (oui/non)

- 1 Vous n'avez pas de rapports sexuels en ce moment, cela vous correspond ?
- 2 Vous souhaitez avoir un enfant.
- 3 votre partenaire vient d'accoucher ou allaite.
- 4 Vous évitez les rapports sexuels les jours à risque ou vous utilisez le retrait ou les préservatifs.
- 5 Aucune méthode contraceptive ne vous convient à vous ou votre partenaire, cela vous correspond ?
- 6 [Autres situations]

999 [NSP]
 998 [REFUS]

Figure 6. Question Gh17 du questionnaire Fecond 2010

Or, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, dans les deux cas, environ un tiers (36 % des hommes et 31 % des femmes) des personnes ayant répondu ne pas utiliser de contraception actuellement répond positivement à la modalité 4, incluant ici aussi les « jours à risque », le retrait ou le préservatif. Si ce résultat représente des effectifs limités (81 hommes et 105 femmes), il témoigne tout de même de la définition restrictive qui peut exister de la contraception. Une autre solution, privilégiée par une étude américaine et qui a effectivement abouti à une déclaration du retrait beaucoup plus importante que dans les enquêtes précédentes, est de commencer par poser une première question en listant uniquement les différentes méthodes de contraception hormonales. Puis, dans un second temps, après avoir développé ce qui concerne l'utilisation de ces méthodes hormonales, l'enquêteur/trice pose une question indépendante, en listant cette fois-ci les méthodes non hormonales et en demandant si elles sont utilisées – le retrait occupant la première place dans cette liste (Jones, Lindberg et Higgins 2014, p. 417). Dans tous les cas, la difficulté de saisir la pratique du retrait dans les enquêtes semble attestée.

Cette définition restrictive se donne également à voir dans les entretiens. Le retrait porte bien le « stigmate [amenant] certaines méthodes à ne pas être avouables, même si elles s'inscrivent dans la durée » (Desjeux 2008, p. 156). Cela se voit d'abord, comme dans les questionnaires statistiques, par la sous-déclaration de cette pratique : ainsi il est arrivé à plusieurs reprises que le retrait ne soit abordé qu'au moment de l'entretien où je posais la question directement, alors même que nous discutons des différentes méthodes de contraception utilisées et étions revenu·e·s sur tout le parcours contraceptif en détails. C'est le cas de Geoffrey⁶, qui finit par m'avouer en fin d'entretien que « ça fait partie des méthodes qu'[ils] utilisent » (dans la mesure où il est sage-femme, l'utilisation de la méthode est peut-être d'autant plus difficile à admettre qu'elle n'est pas légitime aux yeux du corps médical), ou encore d'Antoine⁷, qui paraît d'abord ignorer l'existence de cette méthode, avant de reconnaître y avoir recours :

Enquêtrice : Et est-ce que vous avez déjà pratiqué le retrait, avec elle ou avec une autre personne ?

Antoine : Alors... Qu'est-ce que vous appelez le retrait ? Le retrait c'est la pénétration et le retrait au moment de l'éjaculation, c'est ça l'idée ?

Enquêtrice : Oui, c'est ça.

Antoine : D'accord. Oui... ça peut faire partie des choses qu'on... qu'on a pratiquées, mais voilà, c'est pas...

Là encore, c'est sous une forme d'aveu que se fait la déclaration de l'utilisation de la méthode. L'évocation de la méthode peut également être ironique, comme lorsque Colin évoque « la fameuse technique... (petit rire) Infaillible... Qui n'a pas été infaillible, d'ailleurs » (sa partenaire de l'époque a dû avorter après une grossesse non désirée). Plusieurs enquêté·e·s s'excusent explicitement d'y avoir eu recours, admettant ainsi qu'ils/elles étaient conscient·e·s d'enfreindre la norme contraceptive, comme

⁶ Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁷ Ingénieur, 34 ans, en couple, deux enfants (symptothermie et sexualité non pénétrative).

Julie⁸ qui me dit l'avoir pratiqué mais n'en être « pas fière » (« j'étais complètement inconsciente à l'époque ») ou encore Marielle⁹, qui a aussi utilisé la méthode bien qu'elle la juge « complètement foireuse » et qui ajoute elle aussi qu'elle n'en est « pas particulièrement fière » (là encore, le fait qu'elle soit médecin accentue sans doute sa posture). D'autres enquêté·e·s, en particulier parmi celles et ceux appartenant aux milieux les plus populaires, sont plutôt sur la défensive lorsque j'aborde cette utilisation. Dans la mesure où je suis spécialiste de la contraception, je représente sans doute une forme de norme médicale qu'il s'agit de mettre explicitement à distance. C'est d'autant plus le cas que la socialisation médicale des femmes par la consultation, notamment gynécologique, fait qu'elles ont l'habitude de dialoguer avec cette norme contraceptive. Elles l'ont donc immédiatement en tête et cherchent à apparaître vis-à-vis de leur interlocuteur/trice comme une utilisatrice responsable de la contraception. Ainsi Kelly¹⁰ admet en milieu d'entretien, après plusieurs relances sur le sujet, qu'elle a utilisé le retrait – qu'elle préfère au préservatif – mais en soulignant qu'elle l'a fait en connaissance de cause (« on connaît les risques, on n'était pas non plus inconscients ») et Maeva¹¹ me précise immédiatement que d'après son expérience, c'est une méthode efficace, ce qui la rend légitime :

Enquêtrice : Et vous avez dit à un moment que vous avez utilisé le retrait aussi, c'est ça ?

Maeva : Oui donc y'avait le retrait, du coup apparemment ça fonctionne parce que je suis pas tombée enceinte ! (rire)

Ainsi, lorsque le retrait est évoqué, c'est presque toujours d'une manière qui met en évidence son illégitimité, surtout dans le cadre d'un entretien portant sur la contraception ou le préservatif. Cette illégitimité n'est d'ailleurs pas sans conséquence, comme le souligne un article états-unien qui regrette le manque de connaissances scientifiques sur le sujet. Les autrices montrent qu'une stigmatisation de cette méthode a également cours aux États-Unis, ce qui peut s'avérer problématique :

Ne pas considérer le retrait comme une méthode de contraception légitime est contreproductif tant pour la prévention des grossesses qu'en tant que cela décourage toute incursion académique pour mieux connaître cette méthode fréquemment utilisée et dont l'efficacité reste raisonnable¹². (Jones et al. 2009, p. 410)

Cette stigmatisation du retrait peut s'expliquer par plusieurs facteurs : d'abord, son efficacité moindre que celle des méthodes médicales ; ensuite, le fait qu'il ait des effets directs sur le script sexuel, son invisibilisation venant alors renforcer celle de la sexualité lorsqu'il s'agit de contraception ; enfin, c'est une méthode coopérative, mais qui repose très largement sur l'homme : ce qui peut poser problème dans une société où la contraception est largement associée à une responsabilité féminine. Mais pour la comprendre, on peut s'intéresser aux modalités de son utilisation.

⁸ Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁹ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

¹⁰ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

¹¹ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

¹² "Dismissing withdrawal as a legitimate contraceptive method is counterproductive for the prevention of pregnancy and also discourages academic inquiry into this frequently used and reasonably effective method."

1.1.2 Quel emploi pour quelles significations ?

Pour comprendre les significations de l'utilisation du retrait, on peut commencer par interroger sa prévalence dans les différents milieux sociaux. Un article s'appuyant sur résultats de Fecond 2010, et portant sur les hommes, montre que ceux nés à l'étranger ainsi que ceux déclarant avoir des difficultés financières sont plus susceptibles de l'utiliser ; mais si l'on s'intéresse au niveau de diplôme, on remarque que ce sont à la fois les hommes ayant le niveau le plus faible de qualification et ceux ayant le niveau le plus élevé qui déclarent le plus cette pratique (Le Guen et al. 2015, p. 48). Comment expliquer cette sur-utilisation aux deux extrémités de l'échelle des diplômes ?

D'une part, le retrait a l'avantage d'être une pratique gratuite et qui peut être mise en place à tout moment, donc toujours « disponible », ce qui peut encourager son utilisation lorsqu'il est plus difficile pour les femmes d'avoir accès à la contraception médicalisée, soit parce que l'entrée dans la vie sexuelle se fait sans que des connaissances contraceptives précises aient été acquises (Amsellem-Mainguy 2009, p. 28), soit du fait de l'appartenance à un milieu social où les connaissances médicales et les capitaux pour y avoir recours sont faibles (Bretin 1990, p. 227-228 ; Ancian 2018, p. 383-389). D'autre part, en tant que pratique permettant justement à la fois de mettre la dimension médicale de la contraception à distance et de permettre une implication masculine dans la contraception, elle peut être valorisée dans des milieux plus éduqués, où grandit le rejet des méthodes hormonales (Bajos et al. 2014, p. 2) et où l'égalité des sexes constitue une norme légitime (sans être pour autant toujours mise en pratique). On retrouve la même polarisation de l'utilisation de méthodes non médicales dans d'autres contextes, par exemple chez des couples palestiniens :

Dans les couples aux relations conjugales inégalitaires, qui sont aussi les moins instruits, les hommes utilisent des méthodes non médicales comme le coït interrompu, parce qu'ils souhaitent contrôler eux-mêmes la fécondité [...]. Par contre, l'utilisation de ces méthodes par les couples les plus éduqués, aux relations de genre plus égalitaires, s'explique non pas par un souci de l'homme de maîtriser la fécondité du couple, mais par une méfiance du couple à l'égard des médicaments. (Memmi et Desgrées du Loû 2015, p. 315)

Cette idée d'un contrôle de la fécondité par les hommes grâce au retrait se retrouve peu dans le contexte français contemporain, si ce n'est pour les relations occasionnelles. Pour comprendre les ressorts de son utilisation, il faut s'intéresser non seulement aux rapports de genre à l'œuvre, mais également au statut de la relation entre les deux partenaires qui utilisent cette pratique.

1.1.2.1 Pallier la non-prise en charge féminine de la responsabilité contraceptive

Le premier cas où cette pratique est utilisée recouvre les situations où la contraception n'est pas prise en charge par la femme : en cas d'oubli de pilule notamment, ou lorsqu'une partenaire occasionnelle n'a pas de contraception. Le retrait est alors un choix « faute de mieux », qui vise à

minimiser les risques de grossesse. Matthieu¹³ explique que « si la personne prend pas la pilule, je vais jamais prendre le risque d'éjaculer en elle » et qu'il vaut « mieux ça plutôt que de risquer que la fille tombe enceinte » ; Jacob¹⁴ se retire, avec ses partenaires, quand il sent « que ça vient et que on n'est pas protégés » ; et Rémi¹⁵ explique :

Il m'est arrivé d'avoir une relation avec une fille [...]. Et on n'en avait pas discuté, je sais pas pourquoi j'étais sûr qu'elle prenait un contraceptif, je sais pas pourquoi d'ailleurs, je me suis mis ça dans la tête, donc là par contre pendant le rapport elle m'a dit (ton un peu paniqué) « Au fait ! Fais attention ! »

Ainsi, alors que Rémi tenait pour acquise la prise en charge de la contraception par sa partenaire, elle doit le rappeler à l'ordre en lui disant de « faire attention ». Dans ces cas, la prise en charge masculine de la contraception pallie l'absence de contraception hormonale, à laquelle s'ajoute une impossibilité matérielle ou un renoncement à utiliser le préservatif. Kirsten¹⁶ justifie par exemple l'utilisation du retrait dans ses deux premiers rapports avec son ancien partenaire par le fait qu'ils aient été dans le « feu de l'action », alors que c'est surtout le fait de ne pas avoir eu à disposition de préservatifs sans latex (auquel elle est allergique), les siens étant périmés, qui a conduit à privilégier cette pratique.

Son utilisation est parfois transitoire, lorsque la responsabilité contraceptive n'est pas assurée par la femme sur une courte période. C'est par exemple le cas de Maeva¹⁷ (« on a juste fait ça en attendant que je reprenne la pilule ») ou encore de Danièle¹⁸ après ses accouchements, « le temps que ça se remette tout bien en place » et qu'elle reprenne la pilule. Dans son cas, la possibilité d'utiliser un préservatif n'a pas été abordée, le retrait apparaissant comme la solution la plus évidente :

Enquêtrice : Vous vous étiez pas posé la question d'utiliser un préservatif, par exemple, à ce moment-là ?

Danièle : Non, non non, on était... Je lui faisais confiance. [...] Ouais, la question se posait pas, quoi, comme ça, on avait décidé, comme ça.

La décision est prise de manière implicite, sans que la question ait été posée, en suivant une « négociation silencieuse » que l'on peut observer également concernant certaines contraceptions médicales (voir chapitre 6).

Mais la période transitoire peut aussi être celle entre une contraception médicale et une grossesse, comme pour Flora¹⁹ : après avoir fait retirer son DIU, elle et son mari ont pratiqué le retrait quelques mois afin de retarder la grossesse. Le fait de ne pas être complètement opposée à l'idée d'être enceinte, sans être pour autant dans la recherche active d'une grossesse, peut d'ailleurs participer de la

¹³ Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

¹⁴ Doctorant, 26 ans, célibataire (préservatifs).

¹⁵ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

¹⁶ Étudiante, 25 ans, célibataire (implant contraceptif).

¹⁷ Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

¹⁸ Assistante commerciale au chômage, 56 ans, mariée, deux enfants.

¹⁹ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

décision d'avoir recours à cette méthode (pour les États-Unis voir Higgins et Wang 2015, p. 324 ; pour la Russie voir Claro 2018, p. 429-430).

Le retrait est également fréquemment utilisé en même temps qu'une autre méthode : selon une étude états-unienne, portant sur 3 517 jeunes hommes et femmes entre 15 et 24 ans ayant une activité sexuelle²⁰, ce sont 14 % des femmes et 17 % des hommes qui déclarent avoir eu recours au retrait lors de leur dernier rapport sexuel, mais seulement 7 % des femmes et 6 % des hommes y ont eu recours en tant que méthode exclusive (Higgins et Wang 2015, p. 322). D'après une autre étude (portant sur 4 634 femmes états-uniennes entre 18 et 39 ans), les femmes les plus susceptibles d'utiliser une protection *en plus* du retrait sont les femmes les plus jeunes, celles qui ne sont pas encore en couple stable et celles pour lesquelles éviter une grossesse est particulièrement important (Jones, Lindberg et Higgins 2014). On retrouve de tels cas dans l'échantillon, par exemple avec Maeva, qui a utilisé le retrait en même temps que des spermicides pour être sûre d'éviter une grossesse – mais pour la majorité des enquêtés·e·s, c'est une utilisation exclusive qui est rapportée.

Ainsi, le retrait apparaît souvent comme un « second choix », souvent temporaire (occasionnel ou transitoire) et visant à pallier l'absence d'une méthode – féminine – plus légitime et efficace.

1.1.2.2 Entre négociations silencieuses et choix rationnel

Le retrait peut également devenir une méthode de long terme, parfois associée à la surveillance du cycle (voir *infra*). C'est le plus souvent le rejet des autres méthodes du fait de leurs répercussions sur la santé ou la sexualité qui mène à adopter celle-là – ce que montrent aussi des études états-uniennes (Higgins et Smith 2016, p. 426). Le retrait peut ainsi être privilégié par rapport au préservatif, en particulier lorsque celui-ci constitue un obstacle à l'érection, et donc au rapport sexuel lui-même. C'est ce qu'explique Marielle²¹ à propos de ses premiers rapports avec son compagnon : « comme beaucoup d'hommes, [il] avait du mal avec le préservatif », qui l'empêchait de « complètement maintenir une érection » (elle pense qu'elle était sa première partenaire). Mais même lorsque le préservatif n'empêche pas la sexualité, le retrait peut lui être privilégié, comme le rapporte Joséphine²². Le choix du retrait se fait dans son cas sans « verbalisation », en utilisant de manière contraceptive une pratique sexuelle dont ils avaient déjà l'habitude :

Je crois que ça s'est pas fait de façon... discutée. C'était peut-être juste un soir, comme ça, ou... Enfin on s'est jamais dit « Allez, on essaie », ou je sais pas enfin, c'était... [...] Ça a peut-être commencé un peu comme un jeu sexuel, genre « Je vais éjaculer sur toi », etc. Je sais plus exactement, parce que je sais que ça nous était déjà arrivé, de faire ça par le passé. Donc du coup là on s'est dit... Bon bah joignons l'utile à l'agréable ! (rire) [...] On s'est pas dit « Allez, on arrête les capotes, on utilise la méthode du retrait », y'a pas eu vraiment de verbalisation là-dessus, mais en fait il s'est juste trouvé que c'était quelque chose qui nous convenait à tous les deux.

²⁰ Données issues de l'enquête National Survey of Family Growth de 2006-2010.

²¹ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

²² Chargée de projet dans le milieu du spectacle, 32 ans, en couple non-exclusif (retrait et préservatifs).

Ici, le passage du préservatif au retrait se fait par la sexualité, afin d'éviter justement d'avoir à utiliser des préservatifs (car Joséphine ne veut plus utiliser de contraception hormonale). C'est à nouveau une négociation implicite, silencieuse, qui a lieu dans le couple. Comme le souligne Domenico²³, l'utilisation du retrait peut en effet se faire de manière « spontanée, naturelle », contrairement au préservatif qui représente « quelque chose de matériel, même si c'est très fin ». De même, le mari de Béatrice²⁴ se retirait lors de ses oublis de pilule par aversion du préservatif :

Béatrice : Non, non non, on faisait la méthode du retrait, là ! Mais jamais de préserv', non non, on n'en a pas remis, comme on n'est pas du tout fans de ça... On faisait attention comme ça, comme on pouvait, comme ça... Et puis voilà.

Enquêtrice : Et le retrait ça vous embêtait moins que le préservatif, en fait ?

Béatrice : Ouais, c'est pas top non plus mais bon... Y'avait pas de plastique entre nous (rire), quoi ! Déjà ! Voilà !

L'attitude face au préservatif apparaît comme un déterminant à prendre en compte pour comprendre l'utilisation du retrait (Higgins et Wang 2015, p. 324), tant les hommes que les femmes déclarant que les préservatifs diminuent le plaisir sexuel étant plus susceptibles d'avoir recours à cette technique.

Dans d'autres couples, souvent plus à l'aise avec le dialogue sur la sexualité – donc ensemble depuis plus longtemps et appartenant plutôt aux classes moyennes et supérieures que populaires (Illouz 2006, p. 72) – les négociations sont beaucoup plus explicites. Le facteur déclencheur est toujours la décision de la femme de ne plus avoir recours à une contraception médicale, décision qui perturbe le schéma contraceptif habituel. Il s'agit alors de trouver une solution, comme on le voit dans le cas de Clémence²⁵ :

Il m'a dit « Je comprends que tu veuilles pas prendre d'hormones », je lui ai dit « Voilà, y'avait la possibilité du stérilet mais pour le moment on me dit que ce n'est pas possible, et je ne souhaite pas revenir sur ma décision ». Il m'a dit « Oui mais alors du coup, comment on fait ? » Il m'a dit « Écoute, voilà, je pense que je peux me contrôler, je peux sentir les choses, et la solution qu'on a c'est éventuellement que je me retire à la fin de chaque rapport, bien avant si il faut. » Et ça a une conséquence sur, bien évidemment, le rapport en tant que tel hein, mais... Avec les choix qu'on avait, les cartes qu'on avait dans les mains, c'est ce qui m'a semblé à l'époque la meilleure décision. Et effectivement, c'est ce qu'on a fait à chaque fois, pendant deux ans et demi.

Le retrait apparaît comme une méthode utilisée à l'initiative de la femme mais qui demeure coopérative, son choix étant présenté comme un aboutissement logique et rationnel à partir des « cartes que l'on a en mains », pour reprendre les termes de Clémence. Il est le résultat d'une négociation et

²³ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

²⁴ Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

²⁵ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

d'une mise au point qui peut aller jusqu'aux modalités de la pratique dans le cas de Jeanne²⁶, très semblable à celui de Clémence :

Alors on a arrêté [le préservatif] après trois mois, après qu'on se soit fait tester tous les deux pour les IST. Et donc j'en ai parlé avec lui, euh... Je lui ai dit que j'envisageais plus de prendre de contraception œstroprogestative, et que, y'avait pas d'autres solutions en vue, enfin j'en voyais pas d'autres en tout cas, donc il a accepté. Enfin il avait pas trop le choix en même temps (rire), c'était comme ça c'était pas autrement. Donc je lui ai demandé si il acceptait, du coup, le risque que je puisse tomber enceinte, parce que ça le concerne quand même. Il m'a dit oui, et du coup on a prévu les méthodes qu'on allait mettre en place, et comment on allait faire, par exemple pour le retrait, on a parlé longtemps à l'avance, comment on s'y prenait, dans quelles circonstances, etc. On évite par exemple de faire un retrait juste avant éjaculation, c'est longtemps avant, pour éviter le plus possible les risques, et on a une routine en fait, qui s'est mise en place, pour éviter le plus possible le risque de tomber enceinte. Voilà.

Pour Jeanne, le retrait peut être présenté comme une pratique logique et raisonnée – ses capitaux culturels (elle a un master d'épistémologie des sciences et est journaliste scientifique) lui permettent alors de mettre à distance l'image illégitime du retrait, et d'assumer son utilisation tant face à son partenaire que face à moi.

Le retrait demeure une méthode illégitime, qui est souvent adoptée faute de mieux – que les négociations qui le concernent soient silencieuses ou explicites. Mais il n'est pas la seule méthode alternative disponible en dehors des méthodes médicales et des méthodes barrières, et une autre possibilité – qui peut d'ailleurs être combinée avec le retrait – s'offre à celles et ceux qui veulent éviter médecins et obstacles matériels au cours de l'acte.

1.2 Les méthodes d'auto-observation, un choix à la marge

Tout comme le retrait, les méthodes d'auto-observation ne sont pas considérées comme des méthodes légitimes par la majorité du milieu médical, ce qui peut impliquer une sous-déclaration de leur utilisation. Et tout comme dans le cas du retrait, les chercheurs/ses travaillant sur la contraception tendent à prévenir cette sous-déclaration, par exemple en mentionnant explicitement l'utilisation de ces méthodes, ici désignées sous le terme de « méthodes naturelles », lors des questions sur la méthode employée. C'est le cas dans Fecond 2013, où l'on trouve la formulation : « Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse y compris une méthode naturelle, et si oui le ou lesquels ? » Cela légitime la déclaration de la méthode par ses utilisateurs/trices.

Quelle est alors la proportion de personnes utilisant ces méthodes ? Leur large couverture médiatique laisse à penser que leur utilisation a beaucoup augmenté depuis le début des années 2010. Cela s'explique peut-être en partie par le fait que les journalistes correspondent à une catégorie sociale, celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, dans laquelle les femmes « ont compensé la baisse du recours à la pilule en se tournant vers le stérilet et, pour certaines, vers des méthodes dites

²⁶ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

naturelles (dates, retrait), sans doute par rejet de toute contraception à base d'hormones » (Bajos et al. 2014, p. 2). Certes, la « crise de la pilule » a pu amener une certaine augmentation de l'utilisation de méthodes alternatives de contraception (abstinence périodique et retrait ; mais la catégorie comprend également les méthodes locales comme la cape ou le diaphragme). En 2010, 6,2 % des femmes déclaraient utiliser ces méthodes (Bajos et al. 2012, p. 3) ; en 2013, le chiffre monte jusqu'à 9,5 % (Bajos et al. 2014, p. 3) ; mais en 2016, selon le baromètre Santé, il n'est plus que de 4,6 % (Rahib, Le Guen et Lydié 2017, p. 3). Ainsi, non seulement le chiffre reste faible, mais surtout on ne distingue pas d'augmentation nette de l'utilisation de ces méthodes sur la période. Surtout, une fois la « crise de la pilule » passée, il redescend. Cela peut s'expliquer par le taux important d'abandon de ces méthodes : selon une recherche états-unienne²⁷, un an après avoir déclaré utiliser une méthode basée sur la détermination de la fécondité, seules 47 % des femmes utilisent toujours cette méthode, contre 67 % de celles qui utilisent une pilule contraceptive ou 78 % de celles qui ont un stérilet au cuivre (Trussell 2011, p. 398). Si certaines femmes ont pu être attirées par ces méthodes suite à la « crise de la pilule », on peut donc supposer que la majorité n'a pas persisté dans ce choix. Mais pour s'intéresser à ces méthodes, il faut d'abord comprendre précisément ce qu'elles recouvrent et qui les utilise.

1.2.1 Le passage des « méthodes naturelles » aux MAO

Paru en septembre 2017, *J'arrête la pilule*, de la journaliste Sabine Debusquat (Éditions Les Liens qui Libèrent), a fait l'objet d'une très large couverture médiatique. L'ouvrage promeut l'arrêt de la pilule et liste en couverture les effets supposément négatifs de celle-ci (« AVC, migraines, prise de poids, fatigue, baisse de libido, dépression, cancers, infertilité »), derrière un bandeau indiquant « Un scandale sanitaire qui touche 4,5 millions de femmes ». L'autrice encourage le « retour » à des « méthodes naturelles » moins nocives pour les femmes. Ces mêmes « méthodes naturelles » font régulièrement les titres de la presse féminine, voire généraliste, qui les présente généralement comme un phénomène en expansion et dont il faut se méfier²⁸. Néanmoins, ces articles mélangent généralement, en les assimilant à « la méthode Ogino de nos grands-mères²⁹ », des méthodes très différentes.

Le point commun de toutes les méthodes que l'on évoque sous le nom de « méthodes naturelles » est qu'elles ne sont pas des méthodes contraceptives, au sens où elles n'empêchent pas la conception au cours du rapport sexuel. Elles visent en fait à déterminer le moment de l'ovulation féminine, afin d'éviter d'avoir des rapports pénétratifs non protégés – ou des rapports tout court – à ce moment-là. En ce sens,

²⁷ Basée sur les chiffres des enquêtes National Survey of Family Growth de 1995 et 2002.

²⁸ Voir par exemple « Contraception : gare aux méthodes naturelles », *Elle*, 13 avril 2017 (source : <https://www.elle.fr/Societe/News/Contraception-gare-aux-methodes-naturelles-3468776>, consulté le 9 octobre 2018) ; « Natural Cycles, l'application "contraceptive" qui fait débat », *Le Monde*, 16 septembre 2018 (source : https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/09/16/natural-cycles-l-application-contraceptive-qui-fait-debat_5355814_4408996.html, consulté le 9 octobre 2018).

²⁹ « Contraception : des applis donnent un coup de jeune à la méthode Ogino », *Rue 89 L'Obs*, 14 mai 2016 (source : <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-sante/20160514.RUE2879/contraception-des-applis-donnent-un-coup-de-jeune-a-la-methode-ogino.html>, consulté le 9 octobre 2018).

elles ne fonctionnent pas seules mais nécessitent soit le choix d'une méthode barrière ou d'une pratique sexuelle (retrait, sexualité non pénétrative) évitant ou minimisant le risque de fécondation, soit celui de l'abstinence. Par ailleurs, les manières de déterminer le moment de l'ovulation sont diverses en ce qu'elles peuvent reposer sur différents types de critères et s'appuyer sur des supports variés, qu'il faut distinguer (pour une histoire plus détaillée de ces méthodes, voir Freundl, Sivin et Batár 2010).

Une des premières « méthodes naturelles » de détermination de l'ovulation est la méthode Ogino, ou « méthode du calendrier », mise au point au début du XX^e siècle, qui consiste à calculer la date de l'ovulation par rapport à celle des règles. Cette méthode s'appuie sur les premières observations scientifiques portant sur l'ovulation chez la femme, le cycle total étant réputé durer 28 jours. Elle est très peu fiable, dans la mesure où la majorité des femmes ont un cycle qui ne correspond pas exactement à 28 jours. Elle nécessite de tenir un calendrier, qui peut être sur papier ou bien dans une application. L'utilisation de cette méthode a été autorisée par le Vatican en 1951 (voir chapitre 3, section 2.1.1). Les méthodes d'auto-observation, considérées comme des méthodes de « régulation des naissances » et non de contraception, conservent aujourd'hui le soutien de l'Église.

Parmi les MAO, la méthode des températures repose sur le fait que la température de la femme augmente très légèrement lors de l'ovulation (de 0,2 à 0,4 °C). Cette méthode nécessite donc de représenter une courbe de température, en prenant celle-ci tous les matins, à la même heure, après un nombre minimum d'heures de sommeil (trois à cinq) et avant même de se lever (afin qu'elle soit la plus fiable possible) pendant toute une partie du cycle. La courbe peut également être tracée à la main, ou via une application ou un moniteur de contraception.

Une autre méthode, la « méthode Billings », s'est diffusée suite à l'interdiction par le Pape, via l'encyclique *Humanae Vitae*, d'utiliser des méthodes médicales de contraception (voir chapitres 3 et 4). Cette méthode a été mise au point dans les années 1970 et est enseignée par des groupes catholiques (en France, le Centre Billings France a été créé dans les années 1980³⁰). Elle tient dans l'observation quotidienne de la glaire cervicale, c'est-à-dire du liquide sécrété par le col de l'utérus au moment de l'ovulation pour faciliter l'ascension des spermatozoïdes dans l'utérus. L'analyse des variations de cette glaire permet de déterminer les moments « d'infécondité », au cours desquels les rapports sont autorisés un jour sur deux (pour que le sperme du conjoint ne puisse pas venir perturber l'interprétation de la glaire le lendemain d'un rapport). Toutes les formes de rapports non pénétratifs sont proscrites, de même que l'utilisation de méthodes barrières. La justification donnée est leur manque d'efficacité : « Si vous souhaitez différer une naissance, si vos motivations sont réelles et sérieuses, est-ce bien raisonnable d'utiliser une technique que l'on sait faillible au moment où vous êtes le plus fertile³¹ ? »

³⁰ Source : <https://www.methode-billings.com/qui-sommes-nous>, consulté le 22 mai 2018.

³¹ Source : <https://www.methode-billings.com/pages/070312/pendant-les-p%C3%A9riodes-fertiles-pourquoi-ne-pas-utiliser-le-pr%C3%A9servatif-ou-le-co%C3%AFt>, consulté le 22 mai 2018.

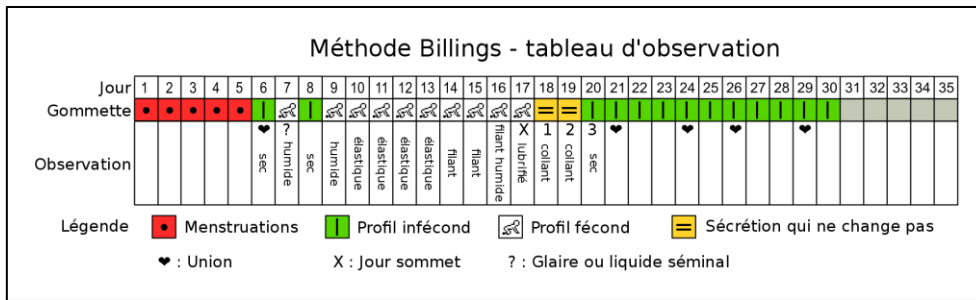


Figure 7. Exemple de suivi de cycle via la méthode Billings³²

Une autre méthode contemporaine, qui croise la méthode des températures et la méthode Billings, est dite « sympto-thermique ». Elle consiste à analyser à la fois certains symptômes (la glaire, mais aussi éventuellement l'emplacement, la fermeté et l'ouverture du col de l'utérus) et sa température. En France, cette méthode est principalement promue par deux groupes. Le premier est le CLER – Amour et famille, groupe catholique créé en 1962 (voir chapitre 3, section 2.1.2), qui s'occupe, via ses « couples moniteurs », d'« Accompagnement des couples et famille » et d'« Éducation affective et sexuelle ». Il détient le nom de domaine <http://methodes-naturelles.fr/> et prône l'abstinence lors des périodes fertiles. Le second groupe émane de la fondation SymptoTherm, qui a repris le nom de Symptothermie. La fondation SymptoTherm est une organisation suisse qui a aussi des « conseillères » en France³³. À la différence du CLER, elle encourage l'utilisation de préservatifs ou du diaphragme pendant les périodes d'ovulation.

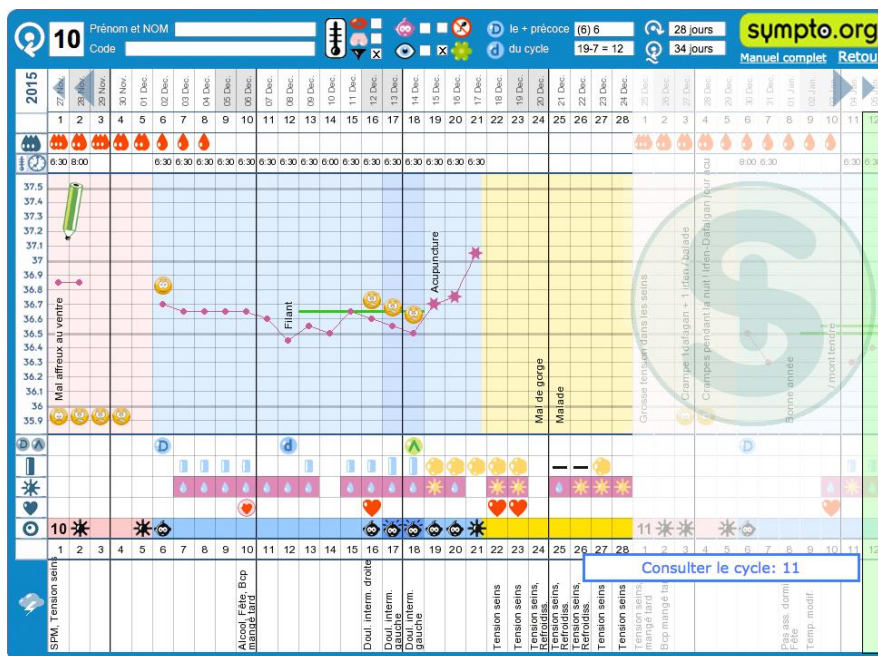


Figure 8. Exemple de « cyclogramme » de la méthode Symptothermie³⁴

³² Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9thode_Billings#/media/File:Billings_Ovulation_Method_-_Observation_Chart_-_fr.svg, consulté le 28 janvier 2019.

³³ Source : <https://symptothermie.com/>, consulté le 28 janvier 2019. Depuis fin 2018 néanmoins, et suite à des tensions internes parmi les responsables de la « fondation SymptoTherm », le groupe semble connaître un déclin.

³⁴ Source : http://sympto-emmanuelle.ch/?page_id=145, consulté le 28 janvier 2019.

Ce sont en particulier des utilisateurs/trices de ces trois méthodes que j'ai interrogé·e·s. Si les deux premières sont soutenues par des groupes catholiques, la troisième se présente pour les femmes comme une « méthode totalement écologique, qui respecte leur nature, ainsi que la Nature, tout en renforçant l'écologie relationnelle de leur couple³⁵ » et le manuel exposant la méthode s'intitule *La contraception – ou conception – écologique pour tous !* (Wettstein et Bourgeois 2016). Ainsi, rhétorique religieuse et rhétorique écologique semblent s'affronter pour encadrer l'utilisation de ces méthodes. Néanmoins, ces différences sont moins importantes qu'on ne pourrait le penser.

En effet, la méthode de la fondation Symptotherm s'inspire des recherches menées par les catholiques, comme l'explique le manuel, qui évoque « les écoles symptothermiques catholiques auxquelles nous devons [...] notre savoir de base – qu'elles soient remerciées ici » (*Ibid.*, p. 11). Les utilisatrices critiquent souvent, par exemple sur le groupe Facebook « privé » de la méthode, l'arrière-plan moral du manuel, qui précise par exemple que « la symptothermie est un privilège pour les couples stables et sérieux » (*Ibid.*, p. 18). Si le versant « écologique » de la méthode n'est pas imperméable à un arrière-plan religieux, la méthode encouragée par les groupes religieux joue, de son côté, de sa dimension écologique. Ainsi, un ouvrage promu par le CLER et préfacé par Monseigneur Barbarin, à l'époque archevêque de Lyon et connu pour ses positions très conservatrices, s'intitule : *Ils ont osé les Méthodes Naturelles ! Une écologie de la sexualité pour un amour durable* (Marion et Marion 2015). On constate donc un recours à la rhétorique écologique, qui rejoint la thématique vaticane de « l'écologie humaine », apparue récemment en France (Bertina 2016). Il s'agit sans doute en partie d'une stratégie discursive – une forme de « *greenwashing* » –, mais cela témoigne également de « l'analogie [faite par les catholiques] entre un constat scientifique, la nécessité de préserver l'écosystème mondial fragilisé, et un constat social, l'impératif de défendre une structure familiale qui leur apparaît également menacée » (Bertina et Carnac 2013, p. 179). Le but est ainsi d'« édulcorer le contraste existant entre discours moral et discours de raison, pour créer un pôle de la vérité » (*Ibid.*, p. 190), en s'appuyant sur l'idée de valeurs universelles, partagées par tou·te·s et pas uniquement par les catholiques³⁶.

Les modalités d'utilisation de ces méthodes sont néanmoins un peu différentes : pour Billings et le CLER, ce sont des « couples moniteurs » qui forment d'autres couples, et la méthode doit être suivie sur un calendrier, à la main ou via une application de calendrier. La formation est gratuite, et effectuée bénévolement. La fondation SymptoTherm, de son côté, met le manuel à disposition, mais encourage à consulter une « conseillère » (qui reverse une partie de ses revenus à la fondation). Par ailleurs, la méthode peut être suivie à la main, mais c'est un suivi informatique, via une « application didactique »,

³⁵ Source : <https://symptothermie.com/>, consulté le 28 janvier 2019.

³⁶ On note le même type de modification des discours ailleurs et sur d'autres thématiques : ainsi en Argentine, la lutte contre le droit à l'avortement est passée d'une stratégie basée sur le « pathos » et consistant à mettre en avant des images de « fœtus de plusieurs mois, déchiquetés, baignant dans du sang ou dans des flacons de formol », à une rhétorique en termes de « valeurs partagées » comme le « droit à la vie » réclamé par des « bébés bien vivants, sujets de droits et parlant en leur nom propre » (Montoya 2013, p. 72-73).

qui est conseillée (la version de base de l'application est gratuite, mais des versions payantes existent également). Or cette application est relativement opaque, en ce qu'elle ne permet pas aux femmes d'interpréter elles-mêmes leurs signaux corporels, mais les rend dépendantes des résultats émis par l'algorithme. Et surtout, ce ne sont pas tant les couples que les femmes qui sont visées par cette méthode.

Enfin, un dernier groupe de méthodes repose uniquement sur des machines : ce sont les « moniteurs de contraception » qui déterminent l'ovulation à partir de l'analyse de la température (« Lady-Comp ») et de l'urine (« Persona » ou le moniteur Clearblue). Chaque matin, le moniteur indique si c'est un jour « vert » (rapports pénétratifs non protégés autorisés), « orange » (il faut faire un test urinaire ou prendre sa température pour savoir si les rapports pénétratifs sont possibles ; c'est le cas environ huit jours par cycle) ou « rouge » (rapports pénétratifs à éviter).



Figure 9. Exemple de calendrier du moniteur de contraception Clearblue³⁷

Ainsi, ce qui est généralement réuni sous le nom de « méthodes naturelles » regroupe des méthodes très différentes, tant en termes de manières de déterminer l'ovulation que de modalités du suivi des signes de celle-ci (actif ou délégué à un algorithme ou un appareil), tant en termes d'affiliation ou non à des groupes que d'arrière-plans normatifs. Néanmoins, ces méthodes ont en commun le fait qu'il s'agit d'observer et d'interpréter par soi-même ou à l'aide d'outils-guides les signes de l'ovulation. Ce ne sont pas tant des méthodes « naturelles » que des pratiques sociales, médiées par des normes et des structures matérielles et qui s'opposent aux méthodes médicales, et en particulier hormonales. « Sans hormones de synthèse » et « naturelles » deviennent alors synonymes, ce second terme masquant la dimension sociale de ces méthodes. Plutôt que « méthodes naturelles », le terme exact serait plutôt celui de « méthodes d'auto-observation » (MAO). Elles s'inscrivent dans le cadre plus général d'une croissance de la mesure des performances et des indicateurs de son propre corps que l'on retrouve en particulier dans les domaines de la santé et du sport (Pharabod, Nikolski et Granjon 2013). Ainsi, de nombreuses applications pour téléphones mobiles permettant de renseigner ces différents signaux se sont développées, comme Clue, Flo Period Tracker, Glow ou encore Kindara (pour une analyse de cette

³⁷ Source : <http://miss.teste.tout.over-blog.com/2013/10/moniteur-de-contraception-m%C3%A9thode-naturelle.html>, consulté le 28 janvier 2019.

dernière, voir par exemple Lavoie-Moore 2017 ; pour des pistes de réflexion plus générales sur les applications de suivi menstruel, voir Coville 2018). Mais avant de s'intéresser aux modalités de leur utilisation et à ce qu'elle implique en termes de normes, il faut déterminer l'étendue de leur utilisation et les profils de ces utilisateurs/trices.

1.2.2 L'utilisation des MAO, entre choix et résignation

Les utilisatrices et utilisateurs de ces méthodes ne forment pas une catégorie homogène : des raisons très diverses peuvent pousser à adopter ces méthodes toujours largement considérées comme illégitimes.

Une première raison du recours aux MAO tient à la fois d'un aspect financier et de l'accès à l'information. Comme le souligne Annabel Desgrées du Loû, elle concerne « des femmes peu diplômées, en situation financière difficile (en particulier des femmes originaires d'Afrique subsaharienne) qui, face au déremboursement de certaines pilules, sont revenues à des méthodes naturelles plutôt que de revenir aux “anciennes pilules” » (Desgrées du Loû 2015, p. 36). L'utilisation de méthodes naturelles apparaît comme la solution la plus simple pour pallier l'absence d'une méthode plus efficace, connue et remboursée. J'ai néanmoins peu eu accès à ces catégories car j'ai recruté la majorité des enquêté-e-s en passant par des groupes consacrés à l'échange autour de l'utilisation de ces méthodes. Pour ces hommes et ces femmes présent-e-s en ligne, et *a fortiori* qui acceptaient de me répondre, le recours aux MAO était bien plus fréquemment un choix délibéré et assumé, voire revendiqué, que subi.

L'utilisation des MAO peut également être l'aboutissement d'un parcours d'errance contraceptive que renseignait déjà Hélène Bretin dans les années 1980, dans sa recherche sur les femmes ayant recours aux injections contraceptives, solution souvent considérée comme un dernier recours :

Les femmes y arrivent toutes au « terme » d'un parcours qui pour certaines s'apparenterait à celui du combattant. Les expériences antérieures montrent que l'aventure contraceptive est loin d'être simple. Pilule mal prise, oubliée, non tolérée, changée, re-changée... stérilet mal supporté, « perdu », non changé, mal retiré, spermicides mal vécus, préservatifs plus ou moins rejetés par le compagnon, libido inhibée, méthode traditionnelle inefficace, grossesses plus ou moins désirées, menées à terme ou interrompues... La maîtrise de la fécondité n'est pas un problème réglé avec les méthodes modernes. S'il était besoin de le rappeler, les femmes le disent une fois de plus : il n'y a pas de méthode idéale, il n'y a que des compromis. (Bretin 1990, p. 227-228)

Tout comme les injections, les MAO peuvent apparaître comme des solutions de dernier recours, permettant d'éviter l'utilisation continue du préservatif (ou du diaphragme). C'est souvent le cas pour les femmes qui ne supportent pas la prise d'hormones. C'est alors généralement une utilisation mixte qui est mise en place, où l'observation ou le calcul du cycle, le retrait et le préservatif se croisent dans une forme de « bricolage contraceptif ». Yaëlle Amsellem-Mainguy a mis en évidence, pour le début de vie sexuelle, certaines modalités de ce « bricolage » : faire l'amour debout, supposer qu'une femme

vierge ne peut pas être enceinte après son premier rapport, etc. (2009, p. 27-29) Mais celles-ci étaient généralement proposées – ou imposées – par les hommes, et non mises en place par les femmes elles-mêmes, comme en ce qui concerne les MAO. Ainsi le recours aux « bricolages » peut concerner d'autres moments du parcours contraceptif que l'entrée dans la sexualité et, en particulier, les périodes qui suivent les grossesses et celles qui s'intercalent entre deux méthodes médicales. Mais ce recours peut également être pérenne, lorsque la possibilité d'utiliser une méthode médicale n'est plus, ou ne peut plus être, envisagée.

C'est le cas pour plusieurs des femmes interrogées. Si l'on s'en tient pour commencer à celles qui ont commencé à utiliser les MAO sans être en rapport avec un groupe, des « couples moniteurs » ou des « conseillères », on remarque que c'est la résignation qui a guidé leur choix d'utiliser une MAO.

On peut ainsi suivre le parcours de Caroline³⁸, âgée de 35 ans : après avoir utilisé quelques années la pilule, elle l'a arrêtée suite à des effets secondaires (maux de ventre et baisse de libido) et parce qu'elle fumait ; elle a ensuite utilisé le retrait avec des partenaires avec lesquels elle envisageait une grossesse, puis un stérilet hormonal et un stérilet au cuivre (elle n'a supporté ni l'un ni l'autre). Elle ne voulait plus prendre d'hormones : il a alors fallu trouver une solution :

Voilà, du coup après, donc d'un commun accord évidemment, avec mon copain, puisque c'était stable, ça faisait deux ans qu'on vivait ensemble, même si on voulait pas d'enfants, je savais qu'il était à fond derrière moi, donc je m'étais dit, « Bah pourquoi pas essayer la méthode naturelle », donc évidemment en alternant préservatif et diaphragme [...]. Et comme en plus je suis pas très bonne en bio[logie], comme je disais, c'est pas évident de connaître ses cycles, de savoir quand on est fertile, quand est-ce qu'on l'est pas, et tout. Donc après je sais que j'avais entendu par une pote parler de Persona. Et donc pour elle en tout cas ça paraissait efficace, donc je l'ai acheté, c'était pas encore très cher à l'époque, et le seul truc moi qui m'a soulé un peu, c'est que tous les mois, tous les mois fallait acheter les réglettes pour faire pipi dessus les huit premiers jours.

Après une tentative de calculer son cycle qui l'effraie car elle n'est « pas très bonne en bio[logie] », Caroline décide donc de faire confiance à un moniteur de contraception, Persona. Elle arrête au moment où elle cherche à avoir son premier enfant et, après la naissance de celui-ci, finit finalement par s'en passer, ses cycles étant devenus très réguliers après sa grossesse. Ce n'est que suite au choc provoqué par un accident grave de son fils, alors qu'il a deux ans, que ses cycles perdent leur régularité et qu'elle décide de se tourner vers un autre moniteur de contraception, car elle n'a plus le Persona : le Lady-Comp, qu'elle utilise ensuite pendant cinq ans (elle cherche désormais à être enceinte).

Un deuxième exemple peut être éclairant, avant de proposer quelques éléments d'analyse : celui de Marielle³⁹, 35 ans également. Élevée dans une famille catholique, Marielle a d'abord utilisé un préservatif pour son premier rapport, à 23 ans, avant de cesser quelques années d'avoir des partenaires

³⁸ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

³⁹ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

car elle était devenue très pratiquante. Elle prenait néanmoins la pilule depuis ses 15 ans, pour traiter les dysménorrhées et l'acné. Elle n'appréciait pas les effets secondaires de la pilule (prise de poids, changement d'humeur) et trouvait contraignant d'y penser tous les jours, elle s'est donc fait poser un implant à 25 ans, mais ne l'a pas supporté et a « laissé tomber la pilule », évoquant des motivations d'ordre « écologique » et pour favoriser « l'absence d'effets secondaires immédiats » (le stérilet n'était pas une option pour elle, car elle considère, comme beaucoup de catholiques, que son utilisation provoque en fait des avortements). Lorsqu'elle a rencontré son compagnon actuel, ils ont d'abord utilisé le retrait ou des préservatifs ; mais son compagnon ayant du mal à maintenir une érection avec ces méthodes, elle s'est intéressée aux « méthodes naturelles », qu'elle connaissait de par son éducation catholique. Elle a contacté le CLER, qu'elle pensait moins « rigide » que Billings, mais le fait qu'elle veuille suivre la méthode sans impliquer son compagnon, avec lequel elle était depuis peu, ne correspondait pas à ce qui était attendu par le CLER et elle a globalement trouvé le ton « hyper gnanngnan », là où en tant que médecin elle attendait des « explications techniques ». Elle a finalement également opté pour Persona, qu'elle a jugé « hyper rigide » et très contraignant, avant de passer à l'utilisation de tests d'ovulation Clearblue – et d'être finalement enceinte, suite à un mauvais calcul, d'un enfant que son compagnon a d'abord mal accepté :

Voilà, je suis pas chaude du tout pour repartir sur les méthodes naturelles (sourire), donc pour l'instant c'est préservatif, avant que je prenne la pilule, voilà, dans quelque temps.

Dans les deux cas, la recherche de l'information est centrale : c'est une amie qui parle à Caroline de Persona, tandis que Marielle essaie de se reposer sur un réseau d'associations qu'elle connaît, mais dont elle s'aperçoit vite qu'elles ne correspondent pas à ce qu'elle désire. Cette recherche d'information peut également se faire en ligne, ainsi qu'en témoigne Émeline⁴⁰ :

Et là [sur un forum] y'avait un topic [fil de discussion] qui s'appelait « Méthodes naturelles », etc. J'étais avec ma pilule à ce moment-là, et j'avais commencé à en avoir vraiment marre. J'avais demandé à mon gynéco si il existait pas une méthode naturelle, tu sais pour gérer sa fertilité quoi ! Parce que quand tu vas chez le gynéco, ils te disent « C'est soit le stérilet, soit la pilule ». Comment on fait ?! Y'en a aucun qui me convient ! J'étais là : « Ah, OK, super ! Je suis pas la seule à me poser la question ».

Face au refus de son gynécologue de répondre à ses attentes, Émeline a décidé de chercher par elle-même des informations grâce à un forum en ligne qui lui permet de découvrir que son problème n'est pas isolé. Comme on l'a vu au chapitre 7 en ce qui concerne les méthodes médicales, ce travail de recueil et de traitement de l'information constitue un pan à part entière du travail contraceptif féminin – même si parvenir à accéder à des données ne garantit pas de pouvoir, ensuite, choisir véritablement sa contraception.

⁴⁰ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

Or les cas de Caroline et Marielle montrent que l'utilisation de MAO peut être contraignante : Caroline souligne qu'uriner sur un bâton au réveil huit jours par mois est pénible, et Marielle renonce rapidement à l'utilisation de Persona, car elle a tendance à oublier régulièrement de faire les tests demandés par la machine. Cela explique l'intérêt que peut représenter pour les femmes le fait de se faire suivre par des « couples moniteurs » ou des « conseillères », de même que celui que représentent les groupes Facebook fermés réunissant les utilisatrices de chaque méthode.

Les cas de Caroline et Marielle présentent une autre similitude : celle d'un refus des méthodes médicales suite à des effets secondaires ou une contrainte considérée comme trop importante. Dans le cas de Caroline, ce refus se cristallise autour de la question des « hormones », là où chez Marielle le refus de la pilule s'arrime à une attirance pour des méthodes dont elle a toujours entendu parler autour d'elle. Le refus des « hormones » est largement cité par les enquêtées pour justifier l'arrêt de la pilule ou de toute autre méthode hormonale. C'est également l'hypothèse émise pour expliquer l'utilisation relativement importante de « méthodes traditionnelles » parmi les hommes les plus diplômés (Le Guen et al. 2015, p. 53). Comme le souligne Aurore Koechlin⁴¹, à partir de son travail sur la gynécologie médicale, le fait pour les patientes de vouloir « arrêter les hormones » ne s'apparente cependant pas à un rejet de la « rationalité hormonale ». En effet, les femmes s'inscrivent dans une forme de logique qui est bien celle de leur gynécologue, accordant des effets importants aux hormones, prenant en compte les risques et faisant des calculs coût/avantage, comme on le perçoit tant chez Marielle (prête finalement à reprendre la pilule plutôt qu'à risquer une seconde grossesse) que chez d'autres enquêtées. Ce rejet des hormones est particulièrement central dans le cadre de la pratique de la symptothermie : la rhétorique féministe de la « libération » par la contraception est reprise et adaptée, la libération de la femme ne venant plus tant du fait d'avoir accès à la pilule que de pouvoir l'arrêter, comme en témoigne le bandeau d'accueil de leur site (« Bienvenue chez les femmes libérées... des hormones de synthèse⁴² ! »). Le recours au champ lexical de la « nature » est également fréquent, ainsi que l'inscription dans un courant proche d'une forme d'« écoféminisme » (Larrère 2012) qui peut être très essentialiste. Il vise à démedicaliser la santé gènesique pour reprendre une forme de contrôle dessus et, donc, sur son corps. On le retrouve par exemple dans la gestion des règles, avec le développement de la coupe menstruelle ou « *cup* » (qui permet d'éviter d'utiliser des serviettes hygiéniques et tampons aux compositions chimiques suspectes), ou encore le « *free-bleeding* » (contrôler soi-même son flux de règles pour ne pas avoir à utiliser de protections). Émeline explique ainsi avoir découvert la symptothermie en cherchant des informations sur la *cup*, et relie cela au fait qu'elle a ensuite arrêté d'utiliser du shampoing au profit de « l'argile » puis « des œufs » pour se laver les cheveux. Mais le rejet du contrôle médical est également central dans sa démarche : ayant des problèmes de kystes depuis son arrêt de la pilule, elle

⁴¹ Aurore Koechlin, « Le recours à la biologisation dans le cadre de la consultation gynécologique : un retour du “naturel” ? », colloque Biologiser les faits sociaux. La « biologie » comme justification des discours et des pratiques, ENS de Lyon, 22 et 23 novembre 2018.

⁴² Source : <https://symptothermie.com/>, consulté le 29 janvier 2019.

utilise désormais, pour régler ses « problèmes hormonaux », la « méthode France Guilain, [...], une méthode avec l'alimentation, l'énergie, le soleil » (ce qui ne l'empêche pas de « faire la fête le week-end » ; mais elle essaie « d'être bio la semaine »). Le recours à des pratiques ou des discours de justification en lien avec l'écologie ou le « bio » au détriment du médical est donc courant parmi les utilisatrices de ces méthodes. On les retrouve également concernant la pratique de l'accouchement, avec les revendications d'accouchement naturel (Jacques 2007 ; Pruvost 2016). La rhétorique du refus des hormones semble ainsi en porter une autre, sous-jacente, qui tient dans un rejet plus général du suivi médical qu'impliquent les méthodes hormonales.

En effet, la volonté de ne plus avoir affaire au corps médical peut jouer dans le choix de ces méthodes, comme on peut le voir avec Joséphine⁴³, qui a arrêté la pilule (dans son cas au profit du retrait) :

J'ai cette chance-là, d'être plutôt en bonne santé, de pas avoir besoin d'aller voir régulièrement un médecin, et du coup je pense que quand même cet arrêt de la pilule, etc. c'était aussi pour moi une façon de me libérer de ça, de pas forcément avoir à aller voir un médecin.

La contraception hormonale peut être considérée comme un asservissement au pouvoir médical. C'est également le cas de Marjorie⁴⁴, qui pratique la méthode des cycles (avec préservatif et sexualité non pénétrative) depuis le début de sa vie sexuelle, car elle n'a jamais voulu consulter de médecin pour évoquer la question de la contraception :

J'ai jamais voulu mettre les pieds chez un gynéco, parce que ça me fait peur. De me retrouver sur le dos, les jambes écartées... (petit rire) à la merci d'une personne qu'on connaît pas, et qui parfois maltraite les patients. Donc ça m'a toujours terrorisée. Et j'ai des récits de copines, qui ont eu des effets secondaires terribles avec leur pilule, avec leur DIU aussi, j'ai pas eu envie d'essayer.

La peur de la maltraitance médicale est un ressort possible du rejet de la médicalisation. On touche alors à l'attrait pour une forme « d'automédication » (Fainzang 2012) qui est en fait une demande de « démedicalisation » (la pilule étant le seul médicament largement prescrit à une population aussi importante qui n'est pas malade). Mais refuser un encadrement médical n'implique pas de refuser tout encadrement, ainsi qu'en témoigne l'existence de groupes organisés comme la symptothermie et les groupes catholiques.

Dans les deux cas, les promoteurs/trices de ces méthodes insistent sur leur scientificité et leur efficacité, en prenant bien soin de les distinguer de la « méthode Ogino ». Mais si la fondation Symptotherm vise les femmes ne voulant plus utiliser de contraception médicale, ce n'est pas le cas de la méthode Billings et du CLER. Pour ces deux associations, en effet, le rejet de la contraception médicale s'inscrit dans le respect de l'encyclique *Humanae Vitae*, qui a interdit son utilisation aux

⁴³ Chargée de projet dans le milieu du spectacle, 32 ans, en couple non-exclusif (retrait et préservatifs).

⁴⁴ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

catholiques (voir chapitre 3, section 2.1.2). Le fait de respecter la volonté du Pape, interprétée comme une marque de respect et d'« accueil de la vie » est ainsi au fondement d'une partie des utilisations de ces méthodes. Les utilisateurs/trices réfutent d'ailleurs l'utilisation du terme « contraception », lui préférant ceux de méthodes de « régulation » ou d'« espacement » des naissances. Les associations visent à former de jeunes couples fiancés, dans le cadre de leur préparation au mariage et sans que des rapports aient eu lieu en amont – même si d'autres personnes peuvent y avoir recours :

Sabine⁴⁵ : En fait... Au début de notre monitorat...

Gaëtan : C'était essentiellement des fiancés qu'on avait.

Sabine : C'est des fiancés qu'on avait... Donc c'était quand même des convictions religieuses. Et plus les années passent, et plus c'est des gens qui veulent...

Gaëtan : Arrêter la pilule.

Sabine : Arrêter la pilule. [...]

Gaëtan : Alors après c'est vrai que pratiquer la méthode si on n'est pas en couple...

[...] Bah c'est, c'est quoi, c'est un peu incompatible avec l'esprit de la méthode, en fait. C'est vrai que la méthode elle est vraiment faite pour un couple stable...

Ainsi qu'en témoignent Sabine et Gaëtan, et comme l'expérience de Marielle avec le CLER le montre également, la méthode est pensée pour des « couples stables » – et de préférence des couples qui n'ont pas encore de rapports sexuels, dans la mesure où les débuts de la méthode requièrent une abstinence complète. Il faut néanmoins avoir en tête que l'utilisation des MAO demeure très minoritaire chez les catholiques⁴⁶, au point que la religion a, depuis les années 2000, disparu des critères explicatifs mobilisés par les publications rendant compte des enquêtes statistiques sur la contraception (Desgrées du Loû 2015, p. 34).

Pour se libérer de la médicalisation associée à la pilule, et plus largement aux hormones, c'est donc à un recours à des techniques vues comme « naturelles » (voire plus largement à une démarche « écologique ») que les femmes ont recours. Néanmoins, la dimension « naturelle » autoproclamée de ces méthodes ne correspondant pas réellement à une sortie de la sphère médicale.

2 Revenir au « naturel », partager la responsabilité, réfléchir sur la sexualité : des discours aux pratiques

Les raisons de pratiquer des méthodes reposant sur l'observation de soi, qu'il s'agisse du retrait en tant que pratique nécessitant de déterminer le moment de l'éjaculation, ou des MAO elles-mêmes, sont multiples. Néanmoins, elles sont souvent associées à une rhétorique qui promeut le « naturel » et la « nature », en les opposant à l'utilisation du préservatif ou la prise d'hormones. En tant que telles, elles

⁴⁵ Mère au foyer et ingénieur, 41 ans, mariés, sept enfants (méthode Billings et abstinence).

⁴⁶ De même, le pourcentage d'utilisation d'une contraception au premier rapport est très proche pour les catholiques (affirmé·e·s ou indifférent·e·s) et pour les sans religion, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes. Ce pourcentage est par contre nettement plus faible chez les musulman·e·s affirmé·e·s, en particulier chez les femmes (Maudet 2017, p. 713), mais je n'ai pas trouvé d'association musulmane ayant un rôle équivalent à celui des associations catholiques.

sont supposées permettre non seulement, via cette « nature » retrouvée, d'accéder à une découverte de soi – de sa féminité, de sa masculinité –, mais également constituer des méthodes particulièrement bénéfiques au couple.

Dans le cas particulier des MAO promues par des associations, cette rhétorique où l'aspect contraceptif passe au second plan est particulièrement développée. Elle rappelle, paradoxalement, un phénomène que l'on a pu voir concernant la pilule. En effet, comme l'a montré Elizabeth Watkins, le marketing qui s'est développé depuis les années 1990 autour de cette dernière la présente comme une « *lifestyle drug* », un médicament du mode de vie. Les laboratoires pharmaceutiques mettent alors moins l'accent sur son effet contraceptif à proprement parler que sur ses effets annexes d'amélioration des corps des usagères et de leur mode de vie – régulation des règles, diminution de l'acné, etc. (Watkins 2016). L'analyse des discours des associations promouvant les MAO permet de voir une forme de rhétorique promotionnelle semblable autour de ces méthodes : ce qui est mis en avant, ce n'est pas tant leur dimension contraceptive (d'autant que ces méthodes peuvent aussi être utilisées dans le but contraire) que leurs effets bénéfiques annexes, en particulier en matière de « découverte de soi », de sexualité et de communication dans son couple. Dans ce cadre, les MAO ne sont pas simplement une méthode contraceptive spécifique, mais un mode de vie.

Cette prolifération de discours autour des MAO, et de leurs effets positifs sur les individus, le couple, la sexualité, etc., s'explique également par le fait qu'il s'agit de méthodes minoritaires ainsi qu'illégitimes – et dont la promotion apparaît donc nécessaire. Mais dans le cas des associations catholiques, elle est également à replacer dans une prolifération plus générale de discours autour de la sexualité. En effet, comme le montre Marion Maudet « dire sa sexualité en tant que catholique est une forme d'injonction que l'on retrouve à de nombreux niveaux », tant dans la préparation au mariage, les groupes de discussion entre jeunes, les dîners entre couples organisés par des instances religieuses ou encore dans les médias catholiques (Maudet 2019, chap. 5). Elle estime ainsi qu'« en encourageant ou contrôlant certaines des formes que peut prendre la sexualité », la religion peut agir comme « une force érotisante, très largement centrée sur un attachement fort à l'union conjugale » (*Ibid.*). Les discours quant aux effets positifs des MAO sur la sexualité s'inscrivent ainsi dans un ensemble préexistant de discours catholiques sur la sexualité.

Il faut donc déterminer quels sont les avantages revendiqués par les promoteurs/trices de ces méthodes, tant pour soi que pour le couple, afin d'interroger ses effets concrets en ce qui concerne le partage de la responsabilité contraceptive. La mise en évidence des représentations et des rapports de genre implicites à l'utilisation de ces méthodes permet ensuite de poser des bases pour analyser la sexualité et la forme de réflexivité sexuelle qui vont de pair avec leur utilisation.

2.1 Retrouver « la nature »

Les motivations pour utiliser le retrait ou les MAO sont diverses, et traversent un continuum qui va de la résignation médicale au choix éthique. Dans la majorité des cas, néanmoins, une insistance est perceptible tant dans les discours de promotion de ces méthodes que dans ceux des utilisateurs/trices sur la notion de « nature » et de « naturel ».

2.1.1 D'une pratique « naturelle » à la découverte de sa « vraie nature »

La notion de « nature » se retrouve dans la majorité des discours portant sur les méthodes alternatives de contraception – ce qui dessine en creux un jugement sur les méthodes médicales, qui apparaissent plus « artificielles ». Ainsi, Domenico⁴⁷ juge que le retrait est quelque chose de « naturel », qu'il n'a pas eu besoin d'apprendre :

Je pense que donc je savais voilà que en tout cas fallait sortir avant l'éjaculation, et que c'était assez spontané et naturel de trouver le bon moment... Ouais. J'ai jamais demandé des instructions, ou je sais pas, regardé quelque chose, non.

Clémence⁴⁸ insiste aussi sur cet aspect, jugeant que « le retrait c'était très naturel, on le faisait sans même y penser, alors que le préservatif il fallait y penser ». Le travail nécessité par la pratique du retrait est ainsi occulté, comme si cette méthode permettait de ne plus « penser » à la contraception. Cette mise en évidence de l'aspect « naturel » se retrouve également en ce qui concerne les MAO : qu'il s'agisse de la symptothermie, « méthode naturelle pour gérer sa fertilité⁴⁹ », ou de la manière où toute la stratégie de communication du CLER est conçue autour de la rhétorique des « méthodes naturelles », la centralité de cette proximité avec la nature paraît acquise. Comme le souligne Geoffrey⁵⁰, il est « évident que de rester à l'état de nature, et juste faire une surveillance, c'est quand même beaucoup plus sain que de prendre des hormones ». C'est ici la représentation d'un corps « sain » car à « l'état de nature » qui est promue.

Mais ces méthodes ne permettent pas seulement d'approcher « la Nature », mais également « sa nature », comme l'indique le message d'accueil du site de la fondation Symptotherm, qui annonce pour les femmes « une méthode totalement écologique, qui respecte leur nature, ainsi que la Nature⁵¹ ». L'importance de la « découverte » ou de la « redécouverte » de soi est en effet largement mise en avant par les femmes de l'échantillon, comme Julie⁵² :

En fait ça a été un petit peu la grande découverte. [...] Et en fait, la sympto, ça m'a vraiment permis de m'accepter comme je suis, de vraiment me reconnecter à moi-même... [...] J'avais jamais été bien avec ma contraception, c'était quelque chose de très conflictuel en tant que femme... Et maintenant c'est vrai que je le vis quand même

⁴⁷ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

⁴⁸ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

⁴⁹ Source : <https://symptothermie.com/>, consulté le 30 janvier 2019.

⁵⁰ Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁵¹ Source : <https://symptothermie.com/>, consulté le 30 janvier 2019.

⁵² Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

beaucoup mieux, je suis maître de mon corps, de mon cycle, je sais absolument où j'en suis, quand est-ce qu'il faut se protéger, quand est-ce qu'il faut pas se protéger, donc je suis vraiment plus sereine par rapport à ça.

La réappropriation de son corps – le fait d'avoir l'impression de le reprendre en main, de ne plus dépendre de quelque chose d'extérieur – est globalement soulignée par toutes les femmes qui arrêtent la contraception médicale au profit d'une méthode « naturelle ». Du côté des utilisateurs/trices affiliés à des groupes catholiques et n'ayant jamais eu recours à une contraception médicale, on trouve une rhétorique semblable, comme ici dans l'introduction du livre de témoignage publié par le CLER :

L'idée de pouvoir connaître et comprendre son corps est enthousiasmante. [...] Nous sommes pétris d'écologie, ce qui constitue un terreau formidable pour les méthodes naturelles, qui répondent parfaitement à tout cela. (Marion et Marion 2015, p. 9)

L'auto-observation des femmes, qui se rapproche de ce que l'on pouvait observer dans les mouvements féministes de self-help des années 1970 (D'Hooghe 2013 ; Ruault 2016a), ne vise pas ici, dans le cadre d'une mobilisation, à se libérer explicitement en tant que groupe d'un pouvoir identifié, mais s'insère plutôt dans des démarches individualistes de découverte de soi, hors d'un « conditionnement chimique » (Félicie⁵³) voire d'une « mentalité contraceptive » s'opposant à la nature profonde des femmes (Marie-Bénédict⁵⁴). On retrouve une démarche qui se rapproche du « souci de soi » décrit par Michel Foucault (1984) et qui doit permettre, en connaissant mieux son corps, de toucher à sa propre « vérité » :

La place qui est faite à la connaissance de soi-même devient plus importante : la tâche de s'éprouver, de s'examiner, de se contrôler dans une série d'exercices bien définis place la question de la vérité – de la vérité de ce que l'on est et de ce qu'on est capable de faire – au cœur de la constitution du sujet moral. (Foucault 1984, p. 94)

Selon Foucault, cette forme « à la fois particulière et intense, d'attention au corps » (*Ibid.*, p. 78) traduit une montée du souci médical. Ici, c'est au contraire dans une rhétorique du retour à la nature qu'elle est mobilisée, ce retour à la nature permettant une meilleure connaissance de soi, mais également de « reprendre le contrôle sur ce qu'il se passe dans notre corps » (Clémence⁵⁵). Cependant, cette prise de contrôle sur son corps peut paradoxalement passer par un recours à des objets et des techniques dont le fonctionnement relève pour les femmes tout autant de la « boîte noire » que celui des méthodes hormonales.

2.1.2 « Nature » ou biomédicalisation ?

Toutes les MAO reposent sur des résultats scientifiques concernant le fonctionnement du corps féminin (pour déterminer le moment de l'ovulation). Mais leur promotion repose paradoxalement dans le même temps sur des arguments très éloignés de la « Nature ». D'une part, un recours à des « études

⁵³ Naturopathe et conseillère Symptothermie, 48 ans, célibataire (symptothermie).

⁵⁴ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

⁵⁵ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

scientifiques », comme celle mentionnée par Gaëtan et Sabine⁵⁶, faite selon eux en Chine, autour des années 2000, sur « plus de 1000 couples », et où les quatre seuls cas de grossesse constatés l'ont été chez des personnes qui ont voulu « trop intellectualiser » la méthode ; d'autre part, l'emprunt d'indicateurs et de référents médicaux, comme on peut le voir sur le site de la méthode symptothermique :

C'est la plus fiable des méthodes naturelles. [...] Cette méthode a été originellement créée par le Pr. Rötzer, dans les années 1960 : il a observé des centaines de milliers de cycles et ensuite théoriser (*sic*) le fonctionnement de la biologie féminine. [...] La méthode symptothermique affiche un indice de Pearl (taux de grossesses non planifiées) comparable à celui des contraceptifs hormonaux. D'après les études menées sur 20 ans, la symptothermie affiche un indice de 0,4 % (0,3 % pour la pilule, lorsqu'on ne l'oublie pas...). Pour le *Quotidien du médecin*, les « méthodes naturelles peuvent être aussi efficaces que la pilule ». À condition, bien sûr, que la femme s'observe correctement⁵⁷ !

On remarque déjà ici la responsabilisation de la femme que l'extrait met en avant (voir *infra*). Mais ce sont les aspects scientifiques de la méthode qui sont surtout mis en évidence, à l'aide de références à l'univers médical (le « Pr. Rötzer », l'indice de Pearl, le *Quotidien du médecin*, etc.). Ce lien avec l'univers scientifique et médical passe aussi par le rappel de la centralité du « fonctionnement de la *biologie* féminine ». Il se donne à voir enfin dans la mise en pratique des méthodes : une rationalisation « scientifique » des symptômes du corps féminin qui passe par les graphiques que doivent tenir les femmes (que ce soit à la main ou sur une application). Le recours au champ lexical et aux techniques des sciences exactes et expérimentales sert donc à témoigner du sérieux et de l'efficacité des méthodes. Il montre également que les MAO continuent de se définir par rapport et en creux du champ socialement légitime pour traiter de ces questions, le champ médical.

Ce phénomène est encore plus apparent dans le cas d'une médiation technique des résultats concernant la fécondité, comme c'est le cas avec Persona, le Lady-Comp ou encore les tests d'ovulation, qui tout en relevant de la tradition des méthodes de détection de la fécondité, promettent à leurs utilisatrices « une approche plus sûre, détaillée et scientifique, capable de produire des données concernant tout un panel de fonctions du corps qui, agrégées, peuvent fournir un résultat plus juste que des formes plus traditionnelles de suivi de soi⁵⁸ » (Lupton 2015, p. 6). En effet, il s'agit d'entrer un résultat biologique (test urinaire, température, etc.) et d'attendre le « verdict » de la machine. La dimension technique peut d'ailleurs se donner particulièrement bien à voir, comme en témoigne Marielle⁵⁹ :

Alors, Persona en fait c'est des microtests d'ovulation. [...] Y'a un premier cycle où on fait énormément de tests, on doit faire, je sais plus combien on en fait... Et après ça enregistre, l'ordinateur, c'est un micro-ordinateur, c'est tout petit hein, par contre,

⁵⁶ Mère au foyer et ingénieur, 41 ans, mariés, sept enfants (méthode Billings et abstinence).

⁵⁷ Source : <http://blog.sympto.org/sympto-kezaco/#sthash.6YQMKvwz.dpbs>, consulté le 23 novembre 2018.

⁵⁸ « A more exact, detailed and scientific approach that is able to produce data on a range of bodily functions that when aggregated can provide greater accuracy than more traditional forms of self-tracking. »

⁵⁹ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

et ça enregistre le profil, et après il propose des tests uniquement à certains jours en fait. [...] Et donc il est hyper rigide, et donc si jamais on oublie de déclarer le début du cycle, si mes souvenirs sont bons il faut repartir sur une réinitialisation de l'appareil, donc on repart avec les X tests urinaires.

On assiste alors à un transfert des capacités d'analyse, qui d'internes à la femme deviennent externes : si cela doit « faciliter » le diagnostic d'ovulation, on voit ici avec Marielle que ce n'est pas nécessairement le cas. Comme le souligne Caroline⁶⁰, ce n'est alors pas tant à soi qu'à « la machine » qu'il faut faire confiance :

Quand on a commencé Lady-Comp, oui [on utilisait des préservatifs], parce que j'étais pas du tout sûre de moi, et que j'avais pas du tout confiance en la machine au début, en fait, 'fin « pas du tout », c'est pas « pas du tout », mais j'avais encore une réticence, euh... Donc au début oui mais plus maintenant.

Si la machine peut provoquer une certaine méfiance au début, une « réticence », Caroline lui fait finalement pleinement confiance, avalisant ainsi un discours « typique du domaine des technologies numériques, qui sont souvent posées comme des outils (neutres) permettant théoriquement d'acquérir une certaine indépendance face au savoir des professionnels et au savoir institutionnel sur la santé » (Lavoie-Moore 2017, paragr. 3 ; sur le sujet voir également Levin 2012). L'indépendance acquise dans le mouvement de « démedicalisation » apparaît ainsi toute relative.

C'est d'ailleurs quelque chose dont certaines enquêtées, qui refusent d'utiliser de telles machines, sont bien conscientes. C'est le cas de Jeanne⁶¹, selon qui « le côté externalisation, c'est-à-dire qu'on fait confiance à l'appareil plus qu'à soi [...] peut induire plus d'erreurs ». Or, comme le soulignait déjà en 1996 un article de la sociologue américaine Tia DeNora, à propos de l'utilisation de tests d'ovulation plutôt que de l'interprétation de la glaire cervicale, cela a des conséquences concrètes :

Le test d'ovulation provoque ainsi un transfert de compétence : il invisibilise les compétences interprétatives de ses utilisatrices/lectrices et c'est l'objet lui-même qui reçoit le crédit de ce travail de lecture, un peu comme si le test lui-même disait, apprenait à l'utilisatrice/lectrice des choses à propos de son corps. Sous cet aspect, on peut dire que l'utilisation de tests d'ovulation et le *compte rendu* scolaire de cette utilisation redistribuent l'expertise selon des normes plus traditionnelles [que ce que l'on pourrait penser], qui suivent une hiérarchie clinique classique⁶². (DeNora 1996, p. 375)

On assiste ainsi, avec le développement des applications et des moniteurs, à une biologisation qui passe par une forme de re-médicalisation. En essayant de se soustraire à ce qui est perçu comme un contrôle de leur corps par le *personnel médical* (démedicalisation), les utilisatrices de ces méthodes, qui se réfèrent aux signaux de leur corps (biologisation), peuvent alors se retrouver dépendantes des

⁶⁰ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

⁶¹ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

⁶² "The dipstick therefore effects a skill transfer; it erases the interpretive skills of its users / readers and credits the work of reading to the instrument itself, as if the dipstick merely 'tells' the user / reader about her body. In this regard, the dipstick and the scholarly *accounts* of its use, redistribute expertise along more traditional, clinically hierarchical lines."

technologies médicales elles-mêmes (re-médicalisation), même si l'intermédiaire a disparu. Le « naturel » est plutôt un objectif interne au corps – ne rien y ajouter – que quelque chose qui concerne la démarche contraceptive elle-même. En témoigne également le succès des applications de suivi menstruel, comme Clue, qui peut d'ailleurs aller jusqu'à indiquer à la femme, selon les informations qu'elle rentre dans l'application, quand il faudrait qu'elle consulte un-e médecin⁶³.

Qu'il s'agisse de se connaître soi-même – et de savoir interpréter les « signaux biologiques » transmis par son corps – ou plus encore de déléguer cette surveillance à une machine dans laquelle on entre ces « signaux biologiques » prédéterminés, la biologie est ainsi au cœur de la connaissance de soi et de son cycle revendiquée par une partie des utilisatrices de méthodes dites « naturelles » de contraception. La détection de certains déterminants et leur constitution en « signaux » est largement naturalisée, alors même que le fait de pouvoir y accéder est socialement construit. Ainsi, cette « biologisation » repose en fait sur un fonctionnement semblable à celui de la médecine.

On se trouve ainsi face à une situation qui s'inscrit typiquement dans ce qu'Adele Clarke décrit sous le terme de « biomédicalisation », situation ayant succédé à celle de la « médicalisation » de la société occidentale qu'a connue le XX^e siècle. Contrairement à cette première phase, la biomédicalisation implique des structures dominées par les entreprises privées, une surveillance *a priori* des corps plutôt qu'une unique attention *a posteriori* aux maladies ainsi que des formes nouvelles de gouvernement, plutôt participatives que relevant d'un contrôle direct (Clarke et al. 2000). Un aspect important de cette transition est donc l'intérêt renforcé porté sur le risque et la surveillance des corps, tant dans le domaine de la santé que dans celui de la maladie, et l'intervention des individus eux-mêmes en ce sens :

Les innovations et interventions ne sont pas dirigées seulement par les professionnel·le·s du monde médical, mais sont également des « technologies de soi », formes d'auto-gouvernance que les individus appliquent à eux-mêmes. De telles technologies imprègnent de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne et de l'expérience vécue de la santé et de la maladie, créant de nouvelles subjectivités et identités biomédicalisées ainsi que des biosociabilités – des formes sociales nouvelles construites autour et à travers de telles identités nouvelles⁶⁴. (Clarke et al. 2003, p. 165)

Dès lors, ce qui se présente comme une démedicalisation et une forme de « libération » renforce au contraire paradoxalement le contrôle et la surveillance de soi. Mais ce contrôle et cette surveillance ne sont plus assurés par le corps médical, ils sont délégués à l'individu lui-même. À partir de la mise en avant d'aspects « biologiques », « naturels », c'est ainsi à une auto-gouvernance que sont invités les

⁶³ Marion Tisserand, « Conceptions naturelles 2.0 », séminaire de l'UR 14, INED, 9 novembre 2018.

⁶⁴ “Innovations and interventions are not administered only by medical professionals but are also ‘technologies of the self’, forms of self-governance that people apply to themselves. Such technologies pervade more and more aspects of daily life and the lived experience of health and illness, creating new biomedicalized subjectivities, identities, and biosocialities – new social forms constructed around and through such new identities.”

individus – ici, en particulier les femmes. Et cette biomédicalisation de l'expérience contraceptive a des effets en retour sur le social lui-même.

2.2 Modifier les rapports de genre, la sexualité et la réflexivité ?

Si la nature est au cœur de l'expérience vécue des méthodes de contraception alternatives, un autre aspect est très largement mis en avant par les utilisateurs/trices : la manière dont tant la pratique du retrait que les MAO redessinent les rapports de genre, voire la sexualité. Il s'agit non seulement de déterminer si ces méthodes sont susceptibles de modifier – et d'équilibrer – les responsabilités et le travail autour de la contraception, mais également de voir dans quelle mesure on a affaire à des méthodes susceptibles non pas seulement « de normaliser et de rationaliser en homogénéisant », comme les techniques médicales, mais plutôt de fonctionner « en altérant subjectivités et désir biomédicalisés » (Clarke et al. 2000, p. 29-30). Il faut alors distinguer les effets sur les rapports de genre du retrait et des MAO, ce qui permet de déterminer la manière dont ces méthodes alternatives dessinent des rapports nouveaux à la sexualité et à la réflexivité sur celle-ci.

2.2.1 Rapports de genre et retrait : faire confiance aux hommes ?

Une particularité du retrait est, comme on l'a vu au chapitre 4, qu'il n'est pas tant une *méthode* contraceptive qu'une *technique sexuelle* contraceptive : en ce sens, il nécessite un apprentissage particulier, qui concerne les hommes et leur rapport à leur corps. Si les femmes peuvent également être actives dans la pratique du retrait, en surveillant leur partenaire et en veillant à ce qu'il se retire à temps (comme Paulette dans le chapitre 4), cette surveillance de l'arrivée de l'éjaculation est principalement un travail sur soi qui repose sur l'homme. Le fait même qu'il soit possible d'être attentif, au cours de l'acte, à la montée de son excitation, va d'ailleurs à l'encontre des représentations de la sexualité masculine comme uniquement gouvernée par des « pulsions » et des « besoins », représentations pourtant dominantes (Bajos, Ferrand et Andro 2008) et qui semblent mal s'accommoder d'un travail réflexif sur la sexualité à mener au cours de celle-ci.

Les difficultés que pose cette responsabilité masculine dépendant d'un travail sur soi et d'une gestion de son désir sexuel sont fréquemment abordées dans les entretiens, sous le double registre de la « confiance » et de la « maîtrise ». Il s'agit pour les hommes d'avoir confiance en eux et pour les femmes de réussir à leur faire confiance ; et c'est le fait de pouvoir témoigner d'une maîtrise de l'acte qui rend cela possible. Or, la confiance dans cette maîtrise est différente chez les hommes et chez les femmes de l'échantillon.

Chez les hommes, c'est en effet plutôt la mise en évidence des difficultés que peut engendrer le retrait qui semble primer, sauf lorsqu'il constitue la pratique habituelle. En effet, comme le résume un article faisant le point sur les connaissances concernant les contraceptions non hormonales, « le coït interrompu implique un contrôle de soi important, de l'expérience et de la confiance ; ce n'est pas pour

les hommes qui sont éjaculateurs précoces et/ou qui ne savent pas quand ils doivent se retirer⁶⁵ » (Freundl, Sivin et Batár 2010, p. 121). Les hommes sont conscients des difficultés inhérentes à cette technique – ainsi Olivier⁶⁶ m’explique ne l’avoir jamais utilisé :

Enquêtrice : Et est-ce que vous avez déjà utilisé le retrait, comme méthode de contraception ?

Olivier : Non. [...] J’en serais honnêtement incapable.

Enquêtrice : Vous en seriez incapable ?

Olivier : Enfin, incapable... Non, pas tout à fait, mais bon... Non.

Enquêtrice : Qu’est-ce qui vous semble...

Olivier : Bah, en fait ça me paraît très dur à gérer, quoi. Déjà, bon... Honnêtement, ça peut, ça peut venir très rapidement, et... Ouais, on n’est jamais à l’abri, qu’il y ait pas une petite goutte qui perle, ou quelque chose comme ça, enfin... C’est vraiment pas évident, quoi.

Enquêtrice : Ouais, ça vous semble pas sûr...

Olivier : Non, ça me semble vraiment pas sûr, et c’est vraiment... s’interrompre au moment où ça devient intéressant ! (rires)

Avoir indiqué être « incapable » d’utiliser le retrait est susceptible de fragiliser la position d’Olivier face à moi, en mettant en doute sa masculinité, d’autant plus que je le relance maladroitement en insistant sur ce terme. Le fait d’être face à une jeune femme entre sans doute en jeu lorsqu’il s’agit de ne pas se laisser diminuer par ce qui peut apparaître comme un manque de maîtrise de soi et de sa sexualité – embrayer sur les limites du retrait en matière d’efficacité, même lorsque l’homme se retire à temps, et sur une vision de la sexualité en lien avec le plaisir, lui permet ensuite de sauver la face. Mais Olivier n’est pas le seul homme à m’expliquer qu’il peut être difficile d’utiliser le retrait : Nicolas⁶⁷ me dit ainsi l’avoir utilisé, mais « jamais de manière sereine » (et d’autant moins depuis qu’un de ses amis est devenu père suite à l’utilisation de cette méthode) et Sylvain⁶⁸, qui l’utilise régulièrement, me dit être conscient de « vivre dangereusement », même s’il « essaie de faire attention ». De son côté, Martin⁶⁹ tente de me prendre à témoin de la difficulté que cela peut représenter, en me racontant une fois où il ne s’est pas retiré à temps (sa compagne a pris la pilule du lendemain) :

Martin : C’était avec mon ex copine. Et on n’avait pas mis de préservatif, et en fait j’avais l’habitude plus de sortir à la fin, et [...] en fait là j’étais à moitié sorti (*sourire*), et... Je sais pas si tu le sais mais faut savoir que c’est l’un des, une des choses les plus dures à faire de sortir à ce moment-là ! (rires)

Enquêtrice : J’avoue que j’ai pas d’expérience dans ce domaine-là !

Martin : Voilà, donc je peux te le dire c’est une des choses les plus dures à faire de sortir à ce moment-là, euh... Plus dur que de se lever le matin à six heures, quand il fait froid dehors et tout.

⁶⁵ “CI requires great self-control, experience, and trust; it is not for men who ejaculate prematurely, and/or do not know when to pull out.”

⁶⁶ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l’oublie souvent ; préservatifs).

⁶⁷ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

⁶⁸ Étudiant, 23 ans, en couple (retrait et préservatifs).

⁶⁹ Étudiant, 21 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

La difficulté de savoir quand se retirer pour que ce soit à temps est bien soulignée par Martin – le fait d’être en début de vie sexuelle pouvant amplifier le phénomène. Mais même lorsque les hommes ont l’habitude d’utiliser le retrait, comme c’est le cas de Domenico⁷⁰ à qui ses partenaires ont toujours fait « totale confiance », le « doute » peut arriver (« peut-être une éjaculation partielle dedans, une situation bizarre ») et nécessiter l’utilisation de la pilule du lendemain. Enfin, Patrick⁷¹ revient sur une difficulté logistique :

Au moment d’éjaculer, faut savoir où on va éjaculer. Et là, on aime ou on aime pas. Je veux dire, y’a une partenaire en face, elle aime ou elle aime pas... Voilà. Ou si on se tourne... Voilà. ‘Fin, faut préparer le terrain... Ou alors on lave les draps à chaque fois ! Enfin à un moment donné c’est con hein ! (sourire) Mais y’a une logistique à assurer, faut prévoir ! ‘Fin... Y’a des partenaires qui n’aiment pas qu’on éjacule sur leur corps... Euh... Y’en a d’autres qui trouvent ça super excitant et qui aiment ça. Qui le demandent. Bon. Pourquoi pas.

Le fait de devoir avoir une préoccupation matérielle, au moment de l’éjaculation ou bien en amont du rapport (comme Domenico, qui insiste sur le fait qu’« anticiper en ayant du PQ, à côté, c’est clair que c’est important »), rajoute une difficulté supplémentaire. C’est d’autant plus le cas que la logistique liée au travail contraceptif est généralement plutôt du ressort des femmes que des hommes, comme on l’a vu dans les chapitres précédents.

Les femmes utilisant cette méthode avec succès semblent, de leur côté, faire confiance à leurs partenaires : le fait de ne pas avoir, jusqu’à présent, vécu de grossesse non désirée à cause de cette technique explique largement cette confiance. Rares sont celles qui évoquent les difficultés que cette méthode peut représenter. Julie⁷² explique par exemple qu’elle faisait confiance à son compagnon car « il était assez conscient de la dangerosité de la chose pour arriver à gérer le truc ». Clémence⁷³ témoigne également de sa « confiance absolue » dans son précédent partenaire : « il sentait les choses assez finement pour savoir quand il serait mieux de le faire, et si il fallait prendre les précautions et qu’il se retire bien avant, c’est ce qu’il faisait ». Joséphine⁷⁴, qui initialement n’aurait jamais pensé utiliser une telle méthode (« j’ai quand même une sorte de jugement là-dessus »), explique que son utilisation actuelle du retrait n’est pas un problème pour elle ni pour son compagnon car « l’âge aidant, on se connaît bien, il sait bien se maîtriser ». Et Jeanne⁷⁵ renchérit, expliquant que son compagnon « maîtrise très bien son éjaculation ». Il y a ainsi, chez les femmes qui ont opté pour le retrait et pour lesquelles cette méthode a fonctionné jusqu’à présent, une forme de lâcher-prise dans la gestion contraceptive : ce n’est plus à elle de « maîtriser » ce domaine, mais à leur compagnon de maîtriser son corps. L’idée répandue que la gestion masculine de la contraception serait impossible du fait d’un refus de la part des

⁷⁰ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

⁷¹ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

⁷² Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁷³ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

⁷⁴ Chargée de projet dans le milieu du spectacle, 32 ans, en couple non-exclusif (retrait et préservatifs).

⁷⁵ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d’auto-observation, retrait et préservatifs).

femmes ne semble donc pas vérifiée ici, du moins pas dans le cadre de relations de couple. C'est peut-être d'autant plus le cas qu'en cas de problème, le recours à la « pilule du lendemain », accessible sans ordonnance, est possible (Amsellem-Mainguy 2007).

De même que le travail contraceptif féminin est invisibilisé, le travail sur soi que représente pour les hommes la technique du retrait semble ne pas être pris en compte, la « maîtrise » de son éjaculation apparaissant constitutive de la masculinité – d'où, peut-être, un obstacle supplémentaire pour les hommes à témoigner d'une éventuelle difficulté en la matière devant leurs partenaires. Néanmoins, lorsque l'homme échoue dans sa « tâche » et qu'une grossesse a lieu, on a vu que c'était à la partenaire d'en subir les conséquences en prenant la pilule du lendemain (que le couple va parfois acheter ensemble), ou bien en s'occupant de l'avortement. C'est par exemple ce que raconte Camille⁷⁶, qui avait arrêté la pilule suite à des effets secondaires et parce qu'elle l'oubliait trop au profit du « calcul de son cycle » et de l'utilisation du préservatif et du retrait en période d'ovulation. C'est donc sur son compagnon, qu'elle prévenait dans ces périodes, que reposait la responsabilité contraceptive lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte :

Camille : Ce jour-là, il a pas tenu compte de ce que je lui ai dit, il a pas fait attention et du coup... Du coup bah ça a pas loupé. Je suis tombée enceinte. [...]

Enquêtrice : Et du coup... Tu sais pourquoi il s'est pas arrêté, en fait ?

Camille : Bah c'était un matin, il était pas bien réveillé, et du coup... Je crois que... Pfou... Il s'en foutait un peu. [...] Et du coup ouais je pense, égoïstement, pfou, il s'est pas trop pris la tête, et... Et voilà. Ça a pas loupé.

Camille a avorté, en étant d'ailleurs « peu soutenue » par son compagnon, qui est parti faire une randonnée au moment où elle prenait les médicaments abortifs : « il m'a un peu laissé vivre mon truc toute seule ». Ainsi, le retrait nécessite un accord entre les deux partenaires, et une réelle responsabilisation masculine, sans quoi c'est à la femme d'en gérer les conséquences. Son utilisation est tributaire des rapports entre les partenaires, qu'il s'agisse du fait d'être en couple ou de rapports de domination. Le fait que Camille, qui ne voulait plus prendre la pilule, ait été seule à l'origine du choix de la surveillance de son cycle et du préservatif/retrait comme modes de contraception a sans doute joué. Le retrait, tout en étant sous responsabilité masculine, peut effectivement être une décision de couple, voire de la femme elle-même.

2.2.2 Produire son genre et reproduire les rapports de genre en utilisant les MAO

Concernant les MAO, la question du genre est centrale dans les discours qui les promeuvent. Pour comprendre ceux-ci, il faut articuler à la fois les représentations de la féminité et de la masculinité de ces approches, celles qu'elles ont du couple et les effets concrets de leur utilisation en matière de responsabilité contraceptive et reproductive.

⁷⁶ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

2.2.2.1 La féminité, la masculinité et le couple comme objectifs

Les MAO promettent aux femmes qui les utilisent de les rapprocher de leur « vraie nature ». Mais en quoi consiste cette nature ? Des réponses détaillées sont proposées dans les discours des associations catholiques, mais également dans ceux plus directement issus de l'écologie (qui peuvent parfois recouper les premiers, voire s'en inspirer) :

Pour la femme en particulier, la vraie libération n'est pas de nier ou d'annihiler sa nature de femme en modifiant son cycle, voire en détruisant sa fécondité potentielle, mais de lui permettre d'être pleinement femme et d'être respectée dans la plénitude de sa féminité, en toute circonstance, et particulièrement dans sa relation avec l'homme qu'elle a choisi d'aimer. (Marion et Marion 2015, p. 30)

La symptothermie, c'est très comparable à la permaculture⁷⁷, mouvement très en vogue aujourd'hui. La femme ne va pas « contre » sa nature, elle l'écoute, elle apprend à la connaître, elle s'y adapte, elle la préserve aussi⁷⁸.

Le retour à la « nature » permet de retrouver une féminité qui serait en fait en résonance avec celle-ci, que ce soit pour les groupes catholiques ou pour la symptothermie. C'est ce que le montre également l'idée des « quatre saisons du cycle féminin » dont témoignent les « roues de la fertilité » que partagent les femmes, et qui sont généralement à destination de leurs compagnons :

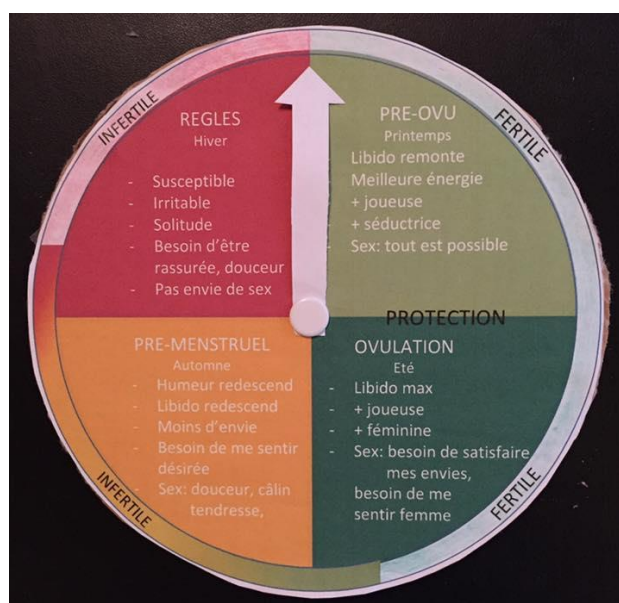


Figure 10. « Roue de la fertilité⁷⁹ » d'une utilisatrice de la symptothermie

Chaque période du cycle menstruel correspond ainsi à une saison et à des émotions particulières – et, donc, non contrôlables. Selon les MAO, les femmes ne *font* pas seulement leur genre dans

⁷⁷ «La permaculture est à la fois une éthique, une philosophie, une science et une méthode de conception/aménagement/planification/organisation de systèmes (et d'écosystèmes), dont la préoccupation fondamentale est l'efficacité, la soutenabilité/régénérativité et la résilience.» Source : <http://www.permaculture-sans-frontieres.org/fr/synthese-definitions-permaculture>, consulté le 31 janvier 2019.

⁷⁸ Source : <http://blog.sympto.org/salle-de-presse/les-medias-en-parlent/symptothermie-la-permaculture-du-cycle-feminin/#sthash.9QdaVqZ7.dpbs>, consulté le 31 janvier 2019.

⁷⁹ Image publiée le 10 janvier 2017 sur le groupe Facebook fermé « Symptothermie ».

l'interaction (West et Zimmerman 2009 [1987]) : elles *sont* leur genre par nature. Retrouver sa « vraie nature » et découvrir sa féminité et donc, finalement, revenir à LA nature, dans un raisonnement essentialisant que Colette Guillaumin avait déjà mis en évidence :

Le rejet des femmes dans la « Nature », l'affirmation de leur caractère hautement naturel tend à montrer le mâle de l'espèce comme le créateur (en soi, à lui tout seul) de la société humaine, de l'artifice socio-humain et, en dernière analyse, de la conscience (comme projet ou organisation). (Guillaumin 1978, p. 20)

Les variations d'humeur, de libido, d'émotions des femmes sont imputées à leurs corps, et plus précisément à une dimension de celui-ci qu'elles ne maîtrisent pas. En filigrane apparaît l'idée que les hommes, eux, n'ont pas ce problème. Ces mouvements qui se présentent comme producteurs d'*empowerment* des femmes et de libération par rapport au corps médical s'inscrivent ainsi, de fait, dans une logique beaucoup plus traditionaliste. Comme le note Myriam Lavoie-Moore à propos des applications de suivi menstruel, « cette mise en visibilité du cycle menstruel réitère la propension du corps de la femme à être considéré comme “objet à être regardé” et surveillé » (2017, paragr. 25). À partir d'un savoir qui se présente comme permettant aux femmes d'acquérir du pouvoir sur leur corps, c'est en fait à une réassignation de celles-ci à leur « nature » sexuée, donc à leur genre et aux limites que celui-ci engendre « naturellement », que l'on assiste – finalement, à une objectification :

On les crédite (comme le croient certaines optimistes), on les accuse (en fait) d'être des êtres naturels, immergés dans la Nature et d'être mues par elle. Des choses vivantes, en quelque sorte. Et ces choses vivantes sont vues telles car, dans un rapport social déterminé, le sexage, elles sont des choses. (Guillaumin 1978, p. 26)

Or, assigner les femmes à une « Nature », en faire des « choses vivantes », c'est ouvrir la voie à un discours essentialisant et prescriptif sur ce qui concerne la reproduction et la contraception. C'est d'autant plus le cas que, depuis les années 1970, les mouvements féministes français ont plutôt entériné la représentation d'une pilule émancipatrice que véritablement questionné les moyens contraceptifs à disposition. Les remises en cause de la contraception, et en particulier de sa médicalisation, ont donc été largement le fait de mouvements essentialistes qui revendiquent, par ces connaissances apportées aux femmes sur leurs corps, de représenter un « vrai féminisme ». C'est ce que m'explique Marie-Bénédicte⁸⁰ à propos d'une jeune femme venue assister à une séance de découverte de la méthode Billings :

Elle avait été impressionnée, elle avait dit « Les vraies féministes, en fait, c'est vous ! » Parce que finalement y'a respect de la femme, respect du corps de la femme. Contrairement à la pilule, finalement.

Ici, le « féminisme-pilule » est associé à un manque de respect du corps de la femme – le « vrai féminisme » consiste donc plutôt à refuser celle-ci au profit de la seule méthode valable, l'auto-observation. On retrouve d'ailleurs cette rhétorique chez d'autres penseuses catholiques, qui se revendiquent d'un « nouveau féminisme », plus centré sur la nature et qui s'oppose donc au féminisme

⁸⁰ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

matérialiste en naturalisant les différences entre hommes et femmes (Jacob-Hargot 2016 ; Durano 2018). On peut évoquer en particulier l'article publié dans la revue *Limite*, se revendiquant de l'«écologie intégrale» vaticane, et dans lequel Marianne Durano, l'une des figures de ce mouvement, s'interroge : « Comment baiser sans niquer la planète⁸¹ ? ». À partir d'une rhétorique écologique, elle en vient rapidement à des affirmations normatives : « Je te parle à toi, petite jouisseuse des temps modernes », interpelle-t-elle ainsi la lectrice que « les sextoys bourrés de phtalates rendent peu à peu stérile », dénonçant à la fois l'utilisation du préservatif (« tu voudrais toucher ta femme tu rencontres du latex ») et la médicalisation de la contraception féminine (« tu voulais t'offrir à ton homme, tu te livres à ton gynéco »). Elle a d'ailleurs publié en janvier 2018 un ouvrage intitulé *Mon corps ne vous appartient pas* (Albin Michel), et dont le bandeau indique « Contre la dictature de la médecine sur les femmes ». La rhétorique du « retour à la nature » peut ainsi facilement être réinvestie dans le discours conservateur.

La « classe des femmes » se trouve ainsi, pour reprendre les termes de Guillaumin (1978), ramenée à l'état de choses « mues par la Nature ». Au contraire, lorsque des effets sur les hommes sont mentionnés, c'est de valorisation plutôt que de compréhension d'une nature profonde qu'il s'agit, comme l'explique Félicie⁸² :

Y'a un [homme] c'était magnifique ce qu'il nous a dit un jour... En quelques mots, hein ! « Depuis que ma femme s'occupe d'elle-même, de sa féminité telle qu'elle l'entend, j'ai retrouvé ma place et ma valeur d'homme ». [...] Et sans machisme, je veux dire, qu'un homme se sente viril parce que c'est sa femme qui le remet sur piédestal... Il est heureux, quoi ! (sourire)

Les effets positifs de la méthode sont donc pensés dans une optique essentialisante, permettant de mettre au jour « la place et la valeur » de l'homme, qui répond à la « féminité » retrouvée de sa partenaire.

Cette idée de places « naturelles » et définies de l'homme, et surtout de la femme, se donne aussi à voir dans la présentation de l'effet de ces méthodes en ce qui concerne la responsabilité et le travail contraceptifs. C'est le cas parmi les promoteurs d'application, comme ceux de Kindara qui « affirment que celle-ci pallie ce déséquilibre [en défaveur des femmes] en fournissant de l'information qui permettrait d'impliquer les partenaires sexuels dans la contraception et la conception » (Lavoie-Moore 2017, paragr. 3). C'est également le cas pour la méthode Billings, celle du CLER et celle de la fondation Symptotherm.

En ce qui concerne Billings et le CLER, la présence de l'homme apparaît indispensable pour suivre la méthode – ce qui peut être un moyen de contrôler *l'existence effective* d'un partenaire stable. On a déjà mentionné le fait que Marielle avait refusé de contacter un groupe Billings car elle voulait

⁸¹ Marianne Durano, « Comment baiser sans niquer la planète ? », *Limite*, n° 1, septembre 2015. Voir également, plus récemment, un article dans la même veine : Bénédicte Colin, « Un regard critique sur la contraception », *Limite* : <http://revuelimite.fr/un-regard-critique-sur-la-contraception>, mis en ligne le 28 mai 2019, consulté le 10 juin 2019.

⁸² Naturopathe et conseillère Symptothermie, 48 ans, célibataire (symptothermie).

apprendre la méthode seule et qu'elle savait que « c'était hors de question de [la] recevoir sans [son] compagnon ». Plus généralement, cette nécessité est largement rappelée sur les sites des associations comme dans les discours des couples moniteurs. Sabine souligne ainsi que ce n'est « pas une méthode solitaire » et Gaëtan renchérit en expliquant que « pour que la méthode marche il faut vraiment qu'elle soit vécue à deux ». Ce discours correspond tout à fait à ce qui est promu par l'Église catholique en matière de conjugalité. Pour Billings et le CLER, le suivi menstruel doit donc se faire à deux, comme l'expliquer Marie-Bénédictte :

En fait la femme s'observe toute la journée. Et le soir, elle donne ses observations sans les interpréter. [...] Elle lit son corps, et texto⁸³ elle dit à son mari « Je me sentais, mettons sèche, et j'ai observé ça ». Et son mari note, et une fois que c'est noté on interprète, on en parle... [...] Je dirais c'est une chance pour la relation du couple. On se rend compte que dans les divorces y'a souvent le manque de communication qui est impliqué hein. Et là, grâce à ce tableau...

La femme doit ainsi se contenter de « lire » son corps, sans avancer d'interprétation – ce qui la met encore un peu plus dans la situation « d'objet » déjà évoquée. Si l'on suit Marie-Bénédictte, les rôles « naturels » dans la tenue du tableau dépendent par ailleurs de caractéristiques qui s'appuient à nouveau sur des représentations essentialisées du genre :

C'est lui qui a cette responsabilité de penser à tenir le tableau, comme elle a la responsabilité d'écouter son corps. Voilà, ils ont chacun leur rôle, qui les... Je trouve que Billings, ça nous aide aussi à nous... On est dans un monde où y'a une dualité entre l'homme et la femme, une rivalité, et Billings ça nous aide à vivre la complémentarité. On a chacun notre richesse, et on se complète. Et finalement, l'homme, en tenant le tableau, en ayant cette rigueur, souvent il est beaucoup plus cartésien, rationnel, il va dire « Mais t'inquiète pas ».

Ainsi, l'apport de l'homme tient bien dans son cartésianisme, sa rationalité – sa culture – là où la femme reste à l'état de « Nature » à observer. Comme le notait déjà Guillaumin :

Si les femmes sont dominées c'est parce [...] qu'elles sont différentes, délicates, jolies, intuitives, pas raisonnables, maternelles, qu'elles n'ont pas de muscles, qu'elles n'ont pas le tempérament organisateur, qu'elles sont un peu futiles et qu'elles ne voient pas plus loin que le bout de leur nez. (Guillaumin 1978, p. 14)

Les discours de promotion des MAO catholiques s'appuient ainsi sur une essentialisation des caractéristiques de genre qui rend nécessaire une « complémentarité » des sexes pour parvenir à utiliser la méthode – complémentarité qui permet, en outre, d'assurer la force de son couple. Si ce discours correspond bien avec celui des groupes catholiques, que l'on a vu s'exprimer de manière particulièrement virulente en France lors des débats sur la légalisation du mariage homosexuel (Cervulle et Pailler 2014), on le retrouve également du côté de la symptothermie.

Contrairement à Billings et au CLER, la symptothermie s'adresse principalement aux femmes seules. Si l'on se fie aux groupes en ligne, l'association reconnaît deux groupes Facebook dont l'un est

⁸³ « Texto » dignifie « directement ».

réservé aux seules utilisatrices (11 382 membres au 31 janvier 2019) et un qui est également ouvert aux hommes, mais beaucoup moins important et actif (1 509 membres au 31 janvier 2019, qui sont en fait principalement des femmes). La présence de l'homme n'est pas considérée comme indispensable, mais il représente un soutien nécessaire (il doit accepter de se protéger une partie du cycle). La valorisation de leur aide peut alors à nouveau correspondre à des caractéristiques considérées comme « masculines » comme dans le discours de Félicie :

[Aux hommes] qui m'ont dit « C'est quoi mon rôle ? », par exemple à l'un je vais pouvoir dire : « Bah, vous avez vu là, dans le temps de la séance, que y'a certains points, où elle comprend pas bien, ne serait-ce que le calcul mathématique, etc., bah déjà, très pragmatiquement, vous pouvez l'aider sur ça, si elle veut faire un double travail entre le logiciel et l'acquisition dite artisanale. »

L'implication des hommes est également pensée dans une optique essentialisante et hiérarchisante, comme si leurs compétences « naturelles » en matière de calcul fondaient leur rôle. Ainsi, les représentations de « l'homme » et de « la femme » sont susceptibles de modeler des pratiques et d'avoir des effets matériels proches, alors même que les différentes méthodes revendiquent des bases supposées très différentes (discours catholique/discours écologique).

Néanmoins, l'analyse des discours des promoteurs/trices et des associations n'est pas suffisante : il faut également déterminer ce qu'il en est véritablement du partage de la responsabilité et du travail contraceptif parmi les utilisatrices et utilisateurs de ces méthodes.

2.2.2.2 La fin de la responsabilité féminine ?

L'idée que les MAO permettraient un meilleur partage de la responsabilité contraceptive est fréquemment mobilisée pour faire leur promotion. Mais qu'en est-il effectivement dans les pratiques ? Les MAO impliquent bien que les deux membres du couple soient au courant de la phase du cycle menstruel en cours, pour savoir si des rapports pénétratifs non protégés sont possibles. L'homme peut alors endosser un rôle de « gardien de la méthode », comme l'explique Aline⁸⁴ : « lui il est un peu garant des fois de dire “Non mais attend ! Non, là, vraiment, c'est non négociable quoi !” ». Cependant, cette participation masculine demeure minoritaire dans les récits recueillis – et implique tout de même une observation et une analyse des signaux par la femme elle-même.

En effet, concernant la symptothermie, on remarque que les hommes sont relativement peu partie prenante – si ce n'est lorsque les utilisatrices se plaignent de leurs réticences à participer à la méthode (en utilisant un préservatif) ou se réjouissent d'avoir un homme compréhensif, comme Julie⁸⁵ qui explique qu'utiliser un préservatif ne gêne pas trop son partenaire, même si « il tord un peu le nez » : « Franchement, j'ai de la chance, il est pas chiant hein ! ». Si Julie estime avoir « de la chance », c'est parce qu'il ne lui aurait pas semblé choquant, ou même surprenant, que son partenaire refuse les

⁸⁴ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

⁸⁵ Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

préservatifs. En ce qui concerne les utilisateurs/trices catholiques, on voit qu'Eugénie⁸⁶, qui pratique la méthode du CLER, insiste bien sur le fait que c'est « une problématique de femme, quand même », même si l'échange est nécessaire pour « savoir si on est dans une période comme si ou comme ça ». Elle ajoute que le mari du couple moniteur qui leur a enseigné la méthode n'était là qu'à la première séance, pour « dire des mots d'introduction sympa sur un peu les motivations », mais pas pour expliquer la méthode en tant que telle de manière concrète – une présence plutôt symbolique, donc.

En effet, le travail contraceptif qu'impliquent les MAO échoit aux femmes, tout comme le travail requis par une contraception médicale. Ces méthodes nécessitent une rigueur du même type, voire renforcée : prise de température au moins pendant une partie du cycle, surveillance régulière de la glaire, prise de note des observations, etc. Elles peuvent donc rentrer en conflit tant avec le travail salarié (Mathieu 2016, p. 172) qu'avec le reste du travail domestique, comme l'explique Marielle à propos de la nécessité de s'observer tous les matins, à horaires fixes :

Ça a été quand même pensé pour un certain type de femmes qui [...] ont du temps à investir dans ça. Et ça a pas été pensé pour des femmes qui ont une activité professionnelle, un emploi du temps où ça nécessite... Par exemple ça marche pas du tout pour les femmes qui travaillent en horaires décalés.

L'exigence d'une observation stricte de la méthode, qui découle de l'injonction à l'efficacité, provoque non seulement une charge mentale, mais aussi une contrainte matérielle qui apparaît de manière particulièrement claire lorsqu'il faut « se retenir toute la nuit de faire pipi pour se lever à heures fixes et uriner sur une bandelette » (Julie⁸⁷) ou prendre sa température, ainsi que le montre Eugénie :

En fait ils recommandent plutôt un thermomètre pas numérique, enfin... pas du mercure, mais bref, et ça à chaque fois qu'il tombe, il casse ! (rires) Enfin non, c'est parce qu'avant on avait du carrelage, mais... [...] Après y'a le côté quand on a des enfants en bas âge, ça marche pas trop parce qu'il faut... C'est plutôt une température après un moment de repos donc si on vient de se lever pour récupérer un bébé qui pleure ça marche plus trop...

Avoir à disposition son thermomètre, ou même simplement son tableau et des stylos, ou bien son moniteur de contraception ou encore un téléphone chargé et, pour certaines applications, connecté à internet, apparaît ainsi comme une nouvelle charge, qui n'est pas plus partagée avec les hommes que ne l'est généralement celle liée à la pilule. Ainsi, les femmes sont bien tenues ici encore à une forme d'autocontrôle personnel naturalisé qui implique leur « responsabilité », ainsi qu'en témoigne Julie :

Ma prof de phyto⁸⁸ m'avait parlé de la symptothermie. Donc je me suis dit « Ouais, super ! », sauf que bon j'avais quoi, j'avais 21 ans, je me sentais pas prête encore, à passer à une méthode où on devait être autant responsable. Voilà, qui responsabilisait autant la personne. Et puis 'fin voilà, je trouvais ça un petit peu glauque, d'aller mettre

⁸⁶ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte ; méthode des températures avec le CLER).

⁸⁷ Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁸⁸ « Phyto » pour « phytothérapie », une manière de traiter les maladies par les plantes et leurs extraits. Julie fait ici allusion à un cours dans le cadre de sa formation de trois ans à la naturopathie, domaine dans lequel elle voudrait se reconverter.

les doigts là-bas en bas... (rire) Donc voilà, c'est vrai que c'est pas la méthode sur laquelle je m'étais... J'avais pris connaissance, mais ça me tentait pas plus que ça.

Au moment de l'entretien, cette dimension responsabilisante est finalement plutôt valorisée par Julie, qui l'oppose à la pilule en tant qu'automatisme. Les MAO sont ainsi présentées comme des méthodes plus « matures ». Mais cette maturité nécessaire fait toujours reposer sur la femme l'éventuelle responsabilité d'un échec contraceptif, comme c'est le cas pour Marielle, qui explique devoir sa grossesse au fait qu'« au bout d'un moment [elle a] fait n'importe quoi » (sur le sujet voir Mathieu 2016, p. 192-193). Cela s'explique par le fait que les contraintes sont intériorisées par les femmes :

L'injonction à l'autodétermination valorise des normes de flexibilité et de maîtrise de soi qui impliquent un autocontrôle continu basé sur des contraintes intériorisées qui paraissent provenir de la personne elle-même, car sans cesse changeantes. (Lavoie-Moore 2017, paragr. 10)

Or ce rapport à la connaissance du corps comme fin en soi dépend de caractéristiques de classe qui sont invisibilisées par l'analyse. En effet, la capacité à identifier et à interpréter – ou à faire interpréter – certains signaux corporels, nécessite non seulement des conditions matérielles précises, mais également une certaine forme de rapport au corps :

À mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, [...] les sujets sociaux tendent [...] à établir un rapport conscient à leur corps et à s'entraîner systématiquement à la perception de leurs sensations physiques et à l'expression de ces sensations. (Boltanski 1971, p. 222-223)

Considérer que toutes les femmes ont les mêmes dispositions à observer et à interpréter leur corps, c'est être aveugle aux différences sociales. Or cet aveuglement est le produit direct de la naturalisation des femmes que promeuvent ces méthodes :

Il s'agit d'un « naturel » programmé de l'intérieur : l'instinct, le sang, la chimie, le corps, etc. non d'un seul individu, mais d'une classe dans son ensemble dont chacun des individus n'est qu'un fragment. C'est la singulière idée que les actions d'un groupe humain, d'une classe, sont « naturelles » ; qu'elles sont indépendantes des rapports sociaux, qu'elles préexistent à toute histoire, à toutes conditions concrètes déterminées. (Guillaumin 1978, p. 11)

À partir de la revendication d'un corps « naturel », c'est en fait à des signaux biologiques dont la lecture est profondément ancrée dans le social que l'on se réfère. Mais si ces méthodes poussent les femmes à lire et à analyser leur propre corps, elles sont aussi source de questionnements et de remises en question en ce qui concerne la sexualité.

2.2.3 « Frustration » et réflexivité amplifiée sur la sexualité

Retrait et MAO mettent en jeu des rapports à la nature et au genre ; mais ils ont également des effets sur la sexualité de celles et ceux qui la pratiquent ainsi que sur leur réflexivité vis-à-vis de celle-ci. Si l'on suit les résultats des enquêtes Fecond, on remarque ainsi que ce sont les méthodes pour lesquelles les effets déclarés sur le désir et le plaisir sont les plus importants, tant pour les hommes que pour les femmes – mais également, et cela peut sembler surprenant, que ces effets déclarés peuvent être

aussi bien positifs que négatifs (voir tableaux E1 et E2 en annexe E). Ainsi, selon Fecond 2013 près d'un tiers des femmes déclarent que le retrait a un effet positif sur leur désir d'avoir des rapports sexuels, et 20 % que c'est le cas de l'abstinence périodique ; du côté des hommes, ce sont dans les deux cas près de 40 % des individus interrogés qui déclarent un effet positif sur leur désir. On retrouve des chiffres proches dans Fecond 2010 en ce qui concerne l'effet sur le plaisir au cours des rapports sexuels. Cela s'explique par le fait que ces méthodes ont la particularité d'influer directement sur la possibilité d'avoir des rapports à tout moment, mais aussi sur le script sexuel (pour le retrait ou bien, en ce qui concerne les MAO, en impliquant d'utiliser d'autres méthodes ou techniques pendant la période fertile lorsque ce n'est pas l'abstinence qui est choisie).

Le taux très important de personnes déclarant que l'abstinence périodique ou le retrait ont un effet positif sur leur désir et/ou leur plaisir sexuel peut s'expliquer de différentes manières. La première, et la plus évidente peut-être, est le biais d'échantillonnage : ce sont les utilisateurs/trices actuel-le-s qui sont interrogé-e-s, sans doute plus satisfait-e-s de la méthode que d'autres qui l'auraient arrêtée. Par ailleurs, cet « effet positif » est mesuré par rapport aux d'autres moyens contraceptifs essayés au préalable et qui n'avaient pas apporté satisfaction. Il s'agit donc d'un positif par contraste, et non dans l'absolu, car ces méthodes sont rarement choisies en première instance. C'est ainsi que l'on peut également interpréter une étude de la fin des années 1990, selon laquelle les utilisatrices et utilisateurs du système de détermination de la période d'ovulation Persona (basé sur des tests urinaires) déclarent soit que cette méthode n'a pas eu de répercussion sur leur sexualité, soit que celle-ci a été positive, en rendant compte du sentiment d'une sexualité plus « naturelle » (Severy et Spieler 2000). Après des méthodes qui n'ont pas fonctionné, ou qui interfèrent dans l'acte, les MAO peuvent permettre finalement d'améliorer la sexualité en comparaison. Néanmoins, d'autres aspects peuvent également expliquer les chiffres élevés indiquant un effet positif, en relevant par exemple d'un rapport nouveau au désir et à la frustration, ainsi qu'au plaisir et aux différents moyens de le ressentir.

D'abord, ce sont des méthodes qui s'utilisent à deux, même si la responsabilité peut en être portée plutôt par l'un ou l'autre partenaire. Cela peut jouer sur le rapport à la sexualité, comme en témoigne une étude qualitative portant sur 26 femmes mexicaines âgées de 15 à 50 ans, pour moitié émigrées à Atlanta et pour moitié toujours au Mexique. Cette enquête montre que l'utilisation du retrait ou de la méthode des rythmes est largement valorisée par ces femmes, en ce qu'elle signifie que leur mari « prend soin d'elle » et s'implique dans la question de la reproduction. Cela évite le risque d'être accusée de « priver son mari d'un enfant qu'il désire » que peut faire courir le recours individuel à la pilule : « la restriction physique du désir devient une performance privée, s'inscrivant dans le but commun d'avoir une famille [qui fonctionne d'une manière] plus moderne⁸⁹ » (Hirsch et Nathanson 2001, p. 421). On retrouve cette idée d'un accord autour des questions reproductives qui

⁸⁹ «The physical restraint of desire becomes a private performance of the shared goal of having a more modern family.»

permet de vivre une sexualité plus sereine en France, mais principalement chez les couples catholiques pratiquants qui utilisent une MAO pour être en accord avec leur foi, comme en témoigne Gaëtan⁹⁰ :

L'homme est partie prenante de la fécondité du couple, et y'a pas cette notion de frustration, puisque... L'abstinence est pas vécue comme une frustration, parce que c'est un choix à deux, et c'est pas la femme qui dit « Oh non, pas ce soir », c'est le couple qui décide « Bah non, on a décidé de différer une grossesse, donc pas ce soir ».

Ainsi, la « frustration » qui pourrait naître de l'abstinence disparaît derrière le « choix à deux » que représente cette méthode.

Plus généralement, comme on l'a vu, les groupes catholiques évoquent très largement la sexualité dans leur promotion des MAO et insistent sur les effets positifs de ces méthodes pour les relations sexuelles. Selon Marie-Bénédicte⁹¹, contrairement à la pilule, qui « gomme la libido », on se trouve ainsi avec ces méthodes dans une situation où « le désir il est entretenu, par cette continence, et ces retrouvailles ». Dans l'ouvrage édité avec l'aide du CLER pour promouvoir les « méthodes naturelles », les témoignages sont également nombreux à aller en ce sens, soulignant l'effet positif pour le désir et pour le couple :

Gwenaëlle et Matthieu (22 ans de mariage, 6 enfants, travail dans l'industrie pour lui et institutrice à mi-temps pour elle) : « Grâce à ce beau démarrage [l'abstinence avant le mariage], dès le début de notre mariage, vivre des périodes d'abstinence a été pour Matthieu une évidence. En effet, encore maintenant, chaque mois, nous revivons en quelque sorte une période de fiançailles. Grâce à cette continence périodique, notre couple garde un grand désir, entretenu et renouvelé. » (Marion et Marion 2015, p. 61)

Seul le fait que l'homme arrive à « vivre l'abstinence » de manière satisfaisante est mentionné : la possibilité d'un désir féminin n'apparaît pas. L'idée principale qui est soutenue par les promoteurs/trices de ces méthodes est que, loin de créer de la « frustration », la période d'abstinence permet au contraire d'éviter une forme de « monotonie », et donc d'accroître le désir dans le couple – et ce d'autant plus qu'utiliser une telle méthode implique une réelle « communication », salutaire pour le couple.

On retrouve ici une idée classique dans un autre champ : la sexologie. En effet, l'abstinence est, depuis les travaux pionniers de Masters et Johnson (voir par exemple leur ouvrage de 1970) un outil classique de thérapie sexuelle et « un élément incontournable du dispositif » (Bouchat, Radonic et Devries 2009, p. 89). L'interdiction d'avoir des rapports sexuels permet « à un homme souffrant de dysfonction érectile de constater que l'érection est toujours possible, ou à une femme qui présente une aversion sexuelle de s'éveiller progressivement au désir » (*Ibid.*). L'abstinence a ainsi sa place dans des scripts visant à susciter le désir (Gagnon 2008, p. 122-130), ce qui est mis à profit par les associations catholiques promouvant les MAO.

⁹⁰ Ingénieur, 41 ans, mariés, sept enfants (méthode Billings et abstinence).

⁹¹ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

Le site de la méthode Billings va également dans ce sens, comme le montre cette capture de l'écran d'accueil :



Figure 11. Extrait de la page d'accueil du site internet de la méthode Billings⁹²

On retrouve les éléments centraux des MAO : l'idée d'une méthode qui « se vit à deux », où la femme doit prêter attention à son corps – à sa « nature » – et l'homme à sa partenaire (en l'occurrence, en ce qui concerne les méthodes catholiques, à son épouse). Mais c'est aussi l'idée d'une méthode ayant des atouts pour endiguer la « monotonie » en matière de sexualité qui est mise en avant. Ces méthodes cherchent en effet à visibiliser la sexualité (dans le cadre du couple marié) plus qu'elle ne l'est dans la prescription des méthodes hormonales, la page montrant même un couple au lit – mais c'est d'une sexualité très normée qu'il s'agit. En témoigne la première question de la rubrique « S'interroger » du site de la méthode Billings, qui porte également sur le problème de la frustration :

L'abstinence ne cause-t-elle pas une frustration ou un refoulement⁹³ ?

Par le suivi rigoureux des périodes du cycle féminin, le couple HUMANISE progressivement sa relation. Il sort d'une sexualité soumise à des pulsions et des désirs incontrôlés [et parvient] à une maîtrise progressive de son désir, à une réorientation de toute sa sexualité. L'homme devient peu à peu plus attentif à sa femme : sa physiologie, qui influence très profondément sa psychologie et son désir, va ainsi VIRILISER son compagnon, dans le sens le plus noble. L'homme, pour sa plus grande joie, devient capable de différer l'accomplissement de son désir d'union sexuelle. Il constate combien sa femme le désire en période féconde, et combien il doit alors être celui qui va prendre le recul nécessaire pour tempérer les ardeurs de son épouse ! Et celle-ci, constatant que son époux la désire également, mais veut attendre les jours inféconds du cycle, par respect et par amour pour elle, (et parce qu'ils ont décidé qu'ils devaient différer l'arrivée éventuelle d'un enfant) va se sentir profondément rejointe. La relation s'enrichit alors progressivement. Pour une femme, savoir que son homme est prêt à l'attendre, pouvoir compter sur son soutien, savoir qu'il ne lui en veut pas

⁹² Source : <https://www.methode-billings.com/>, consulté le 4 mars 2018.

⁹³ Source : <https://www.methode-billings.com/pages/070312/labstinence-ne-cause-t-elle-pas-une-frustration-ou-un-refoulement>, consulté le 4 mars 2018.

de devoir différer une union sont autant de marques d'amour et d'attention qui font vraiment la différence !

Grâce à l'abstinence périodique, le couple n'a pas seulement accès à une sexualité permettant plus de plaisir ou de désir, mais à *une forme supérieure* de désir. Si aucun argument religieux n'est ouvertement mobilisé, la rhétorique catholique transparaît ici dans les formulations : il est question d'« époux » et non de « partenaires », de « maîtrise » nécessaire du désir, de « respect », d'« amour » et d'« attention » plutôt que directement de sexualité, etc. Par ailleurs, l'abstinence confirme chacun-e dans son genre tout en obligeant à s'améliorer : en accédant au désir pour les femmes, aux sentiments et à la patience pour les hommes. Si l'homme ne sait à l'origine pas contrôler ses « pulsions », la méthode contribue, en lui apprenant la « maîtrise » de ses propres désirs et de ceux de sa partenaire, à faire de lui un homme plus « viril » (on retrouve ainsi l'association entre maîtrise de soi et masculinité mise en évidence pour la période précédant la diffusion de la contraception médicale – voir chapitre 4). Il s'agit donc d'une méthode qui améliore la sexualité en la civilisant (Elias 2003 [1939]), là où les méthodes médicales, au contraire, ne font que permettre à des désirs bruts de s'exprimer. C'est aussi ce qu'explique Marie-Bénédicte, en revenant sur une problématique que les jeunes couples qu'elle initie à la méthode du CLER soulèvent souvent, celle de la « spontanéité » et du risque de frustration :

La spontanéité [...] c'est pas ça qui construit le grand et le bel amour, ça c'est certain... Justement, cette spontanéité justement c'est des pulsions qui sont pas maîtrisées... [...] Alors que justement, quand on se donne des rendez-vous d'amour y'a quelque chose de grand qui se vit, et... Dans la maîtrise, la joie même physique est très profonde. [...] Et je veux dire, on a cheminé avec cette méthode, et maintenant on peut voir ce que ça nous a apporté. Par rapport aux débuts où on maîtrise pas grand-chose, on se donne la main et on est submergés par nos pulsions et nos besoins, c'est vrai. Et cette méthode [...] nous a conduits à quelque chose de beaucoup plus grand. Y'a l'union des corps, mais ça aide à construire l'union des cœurs.

C'est bien ici le contrôle du désir qui est au cœur de l'argumentaire – le plaisir et ses modalités (« la joie *même physique* ») étant secondaires dans le raisonnement – et c'est bien une forme nouvelle, *amplifiée*, de réflexivité sur la sexualité mais aussi sur le couple qui doit naître de cette pratique.

Mais c'est également pour les personnes qui pratiquent les MAO sans s'astreindre à une période d'abstinence que celles-ci peuvent avoir un effet positif. C'est en particulier le cas en ce qu'elles peuvent encourager l'émergence de nouvelles formes de scripts sexuels (ce qu'évoquent également Severy et Spieler 2000). En effet, si elles indiquent une fenêtre de fécondité, ces méthodes diffèrent concernant ce qu'ils convient de faire durant celle-ci : abstinence donc, mais aussi utilisation du préservatif, du diaphragme, du retrait ou pratiques de sexualité non pénétrative. Ce sont des objets et des pratiques parfois absentes du répertoire sexuel le plus fréquent qui sont alors adoptées. Comme dans le cas de celles et ceux qui ont régulièrement recours au retrait, se démarquer du schéma français traditionnel entraîne souvent une réflexion sur ses pratiques. Ainsi, Jeanne⁹⁴ explique qu'elle et son compagnon ont

⁹⁴ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non-exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

« organisé [leurs] pratiques autour [du retrait], et du coup c'est plaisant comme ça ! », Geoffrey⁹⁵ et son épouse « font différemment » pendant les périodes fertiles, Aline⁹⁶ et son compagnon ont « plus d'inventivité, parce que bah t'as pas forcément des préservatifs non plus non-stop dans ton sac », ce qui les a amené à « développer un peu plus des jeux, on va dire » et Clémence⁹⁷ indique, à propos des périodes où elle utilisait le retrait avec son ancien compagnon :

On trouvait d'autres façons qu'il y ait de l'excitation et du plaisir, et du coup ça ne provoquait pas de frustration. Je me souviens pas du tout avec lui avoir eu une vie sexuelle frustrante, et pourtant c'est la seule personne avec qui je n'allais pas jusqu'au bout dans les rapports.

Pour Clémence, c'est ainsi tant le plaisir que le désir qui doivent être pris en compte pour éviter la frustration – et le retrait ne s'oppose ni à l'un ni à l'autre, tant que « d'autres façons » de les atteindre peuvent être trouvées. De même, elle ne considère pas que cela coupe le script en empêchant d'aller « au bout » :

On n'allait pas au bout par la pénétration mais on allait au bout autrement. Et du coup bah c'était quelque chose qui nous convenait à tous les deux. C'est sûr, ça se construit avec la personne avec qui on est.

Là encore, accéder à des scripts plus divers se fait par une réflexivité nécessairement amplifiée, car il faut réfléchir aux scénarios culturels existants, mais aussi déterminer des manières de les détourner et de construire ensemble d'autres types de scripts.

Néanmoins, c'est également par le constat d'effets négatifs sur la sexualité que peut se faire l'augmentation de la réflexivité sur celle-ci. D'abord, lorsque le retrait n'est pas intégré dans le script interpersonnel il vient perturber celui-ci aussi sûrement qu'un objet extérieur, comme l'explique Rémi⁹⁸ :

La dernière copine que j'ai eue sur Lyon, la relation d'un an, elle prenait pas de contraceptif. Donc soit on le faisait et fallait que je me retire au bon moment, pareil, c'était... c'était... (soupir) Bon bah voilà, c'est pas très naturel non plus, mais bon... c'était bien quand même. Et elle avait peur, surtout. Elle avait vraiment peur, donc c'était aussi bloquant. Donc des fois on le faisait aussi avec un préservatif, parce qu'elle se sentait plus... en sécurité, quoi, mais bon. Ça craquait...

Pour Rémi, si le retrait a des avantages sur le préservatif (en termes de sensation mais également car il ne peut pas « craquer »), il n'en reste pas moins « pas très naturel ». La « nature » est ici identifiée à la spontanéité et non à l'absence d'hormones ou d'objet extérieur, ce qui donne lieu à un retournement intéressant de cet argument du « naturel ». Les critiques adressées au retrait quant à ses effets sur le plaisir sont néanmoins construites selon des modalités différentes en fonction du sexe.

⁹⁵ Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁹⁶ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

⁹⁷ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

⁹⁸ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

Chez les femmes, c'est l'interruption du script qui apparaît comme le problème le plus souvent soulevé. C'est par exemple le cas de l'une des partenaires de Domenico⁹⁹, dont il pense que le fait qu'il se retire lui donnait « l'impression de perdre la partie plus aigüe, meilleure » de l'acte sexuel, ou encore de Camille¹⁰⁰ qui explique :

C'est plus frustrant pour l'homme, mais ça peut l'être aussi pour la femme, et à des moments, on a envie que... En tout cas moi, je, j'aime bien quand on va jusqu'au bout quoi !

Ainsi, les femmes peuvent également être sujettes à une forme de frustration lorsque l'homme ne va pas « jusqu'au bout », c'est-à-dire jusqu'à l'éjaculation à l'intérieur de leur vagin, comme l'explique Flora¹⁰¹ : « qu'il se retire et qu'il soit obligé de se stopper dans son plaisir, et dans le mien aussi, ouais c'était frustrant ». Si l'on suit Maeva¹⁰², c'est d'autant plus le cas lorsque l'homme se retire tôt, sans doute pour être sûr de ne prendre aucun risque :

Enquêtrice : Et le retrait, c'était pas trop frustrant du coup pour votre copain ? Ou pour vous ?

Maeva : Euh... Bah en général... Enfin il traînait pas trop, avant de se retirer, donc... Enfin c'était plutôt pour moi, je « Ahhhh » (cri de frustration) (rires). Donc moi c'est pas évident le retrait, du coup. Surtout quand la personne te prévient pas, donc... Enfin à chaque fois j'allais pas lui dire « Ouais tu me préviens quand tu te retires », non j'allais pas lui dire ça à chaque fois ! Donc je pense que c'est mieux de prendre la pilule !

Pour Maeva, le retrait était d'autant plus frustrant qu'il dépendait entièrement de son partenaire. Dans la mesure où parler avec lui de sexualité ne lui semble pas envisageable, peut-être encore moins pendant l'acte, elle est surprise lorsqu'il se retire et reste frustrée. Ainsi, dans ce cas précis, le retrait ne semble pas s'accompagner de pratiques alternatives permettant à Maeva de prendre autant de plaisir qu'elle le désirerait, et peut-être d'atteindre l'orgasme. C'est le manque de scripts alternatifs à la pénétration qui provoque le rejet de cette pratique au profit de la pilule.

Du côté des hommes, il semble que ce qui pose problème n'est pas tant le fait de ne pouvoir aller « jusqu'au bout », ce qui est possible en dehors de la pénétration (par masturbation buccale ou manuelle), que les contraintes qu'impose sur le moment le retrait en termes de maîtrise de soi. Flora, lorsqu'elle évoque la pratique de l'éjaculation externe, qu'elle et son mari apprécient beaucoup, fait d'ailleurs bien la distinction entre celle nécessitée par le retrait et celle qui relève d'un choix :

[Le retrait] c'était surtout frustrant en fait. [...] De devoir y penser, de pas pouvoir se laisser aller tout simplement, c'était... c'était ça. [...] Il fallait qu'il se contrôle pour se retirer avant de vraiment sentir la montée de plaisir, donc c'était... Fallait qu'il y ait un contrôle quelque part quoi, c'était pas un retrait spontané parce que l'envie lui prenait de finir sur moi, ou dans ma bouche, ou peu importe donc...

⁹⁹ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

¹⁰⁰ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

¹⁰¹ Aide-soignante, 26 ans, mariée et pratique l'échangisme (enceinte ; DIU au cuivre et préservatifs).

¹⁰² Mère au foyer, 26 ans, trois enfants, en couple (pilule).

Ainsi, le fait de devoir adopter une pratique alternative à la pénétration, même si elle est appréciée, peut être vécue de manière négative car elle représente une contrainte distincte de « l'envie » et de la « spontanéité ». Par ailleurs, la nécessité d'un « contrôle » est problématique pour Flora et son mari – ce dont témoigne aussi Nicolas¹⁰³ :

Enquêtrice : Et ça a pas été trop compliqué [le retrait], la première fois ? Parce que c'est pas évident, pour un mec, de...

Nicolas : Bah c'est... un peu frustrant, après, compliqué, non, enfin... C'est vrai que faut pas, faut sortir au bon moment (sourire), parce que sinon c'est... Mais bon enfin on le sent venir, en général, c'est pas dans la technique, c'est plus dans l'aspect frustration.

Enquêtrice : D'accord. Vous trouvez que c'est frustrant, du coup ?

Nicolas : Bah pour moi oui, en tout cas, de... de devoir vraiment se contrôler à la fin, juste se retirer, enfin être vraiment dans le contrôle jusqu'au bout, c'est pas forcément... Enfin on se relâche pas vraiment quoi. Ce qui est pas forcément le but de ce moment-là, enfin c'est d'arriver à lâcher un peu prise, donc du coup là c'est... Enfin faut quand même se surveiller, ce qui est pas forcément très agréable tout le temps, quoi.

Le retrait ne semble pas poser problème à Nicolas sur le plan technique, mais il juge néanmoins cette pratique frustrante car elle implique un « contrôle » selon lui incompatible avec l'acte sexuel, qui implique normalement un « lâcher-prise ». On voit ici que la représentation de la sexualité de Nicolas implique l'utilisation d'une méthode de contraception invisible et extérieure à l'acte lui-même – une méthode médicale, prise en charge par sa partenaire. C'est aussi qu'explique Joséphine¹⁰⁴, qui pratique le retrait mais dont le partenaire utilise parfois des préservatifs « pour avoir de nouveau un peu ce... peut-être ce laisser-aller », et qui malgré le fait de « vivre plutôt très bien » cette pratique au quotidien, pense que son compagnon ne serait pas contre un retour à des méthodes médicales :

Je pense que lui, si je disais soit de réessayer le stérilet ou de me refaire prescrire la pilule, je pense que pour lui ça serait agréable de pouvoir justement reprendre un peu ce... oui ce... ce laisser-aller, ou de... de pas avoir à penser, parce qu'effectivement, je pense que ça lui demande quand même une certaine maîtrise ou un certain contrôle, mais... En tout cas, il m'a jamais dit « Oh y'en a marre ».

Ainsi, c'est le manque de « laisser-aller » qui peut être ressenti lors de la pratique du retrait qui incite à réfléchir sur sa propre sexualité – et à se rendre compte, en l'occurrence, de l'importance de celui-ci. La sexualité « normale » doit être non réflexive.

On retrouve un schéma semblable, mais dans une temporalité différente, en ce qui concerne les MAO. En effet, ce n'est pas au cours du script sexuel qu'il faut se « contrôler » mais bien plutôt dans la fréquence des rapports. Or, si les promoteurs/trices catholiques des MAO sont si prompts à contrer le problème de la « frustration », c'est parce qu'il est fréquemment soulevé par les utilisateurs/trices. Si

¹⁰³ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

¹⁰⁴ Chargée de projet dans le milieu du spectacle, 32 ans, en couple non-exclusif (retrait et préservatifs).

Clémence¹⁰⁵ a refusé la méthode Billings proposée par sa généraliste, c'est pour ne pas briser la « spontanéité » de sa sexualité :

J'avais l'impression que analyser la glaire cervicale c'était vraiment un monde... à part ! Et je me disais, je vais passer mon temps à regarder mes glaires cervicales, ça va me gonfler ! Alors moi qui avait besoin de spontanéité, et de me décrocher du côté contrainte, sexuellement, ça n'allait pas.

Indépendamment du refus d'un travail contraceptif à mener sur son propre corps, c'est ainsi la crainte du manque de spontanéité qui est mise en évidence. Même parmi celles et ceux qui utilisent ces méthodes, on dénote d'ailleurs tout de même une volonté de réduire au maximum la période où les rapports pénétratifs non protégés doivent être limités. C'est par exemple ce qu'explique Geoffrey¹⁰⁶, dont la compagnie utilise la Symptothermie :

Maintenant que ça fait trois ans qu'elle l'utilise, l'application elle est beaucoup plus fiable, donc on est capable d'affiner la période, et la phase fertile, donc la phase à risque, on a été capables de la rogner... avant et après. C'est-à-dire avant on partait peut-être sur une période à risque d'une dizaine de jours, aujourd'hui on est sur une période à risque de 6-8 jours, quoi. Donc ça permet de gagner un petit peu.

« Gagner » du temps semble ainsi être un but à atteindre, afin de pouvoir éviter au maximum les périodes où la sexualité apparaît soumise à une contrainte. Néanmoins, comme le souligne bien Eugénie¹⁰⁷, en comparant les débuts de son mariage avec la situation actuelle (un enfant en bas-âge et un autre à venir), la contrainte que représente cette période dépend de la place dans le cycle de vie :

Alors y'a eu différentes phases, moi j'ai pas encore de recul sur tout, mais c'est vrai que juste après, quand on commence une vie sexuelle, on a plutôt envie d'avoir des rapports, enfin moi, nous on avait plutôt des rapports fréquents, on va dire, donc forcément ça fait une grande coupure. Là je me rends compte qu'on a quand même un peu espacé avec les années, donc finalement je me rends compte que sept jours... Bon ça changerait pas les... (rires) [...] Voilà, je trouve aussi que c'est un peu contraignant au début, et que finalement après c'est pas énorme comme durée.

Réfléchir à la fréquence de ses rapports sexuels pour évaluer la spontanéité « nécessaire » à ceux-ci peut ainsi être une conséquence de l'utilisation – et, en l'occurrence, de la défense – des MAO.

Ainsi, l'utilisation du retrait comme des MAO incite à interroger les bases de la sexualité considérée comme « naturelle » de manière réflexive. Elle participe de la mise en perspective de la sexualité contraceptée et implique de s'accommoder – plus ou moins bien – de nouveaux scripts.

3 Conclusion

Les méthodes minoritaires que sont le retrait et les MAO restent très largement illégitimes en France, ce qui rend difficile leur prise en compte tant statistique que plus qualitative. Par ailleurs, elles

¹⁰⁵ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

¹⁰⁶ Sage-femme, 33 ans, marié, deux enfants (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

¹⁰⁷ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte ; méthode des températures avec le CLER).

sont souvent utilisées sur des périodes courtes, et en association ensemble ou avec d'autres méthodes – ce qui représente une difficulté supplémentaire pour cerner leurs utilisateurs/trices. Et dans le cas de MAO, la multiplicité de méthodes existantes nécessite une attention détaillée au phénomène pour distinguer tant les modalités pratiques que les soubassements normatifs des différentes mouvances et technologies.

Qu'il s'agisse du retrait ou des MAO, c'est néanmoins une revendication similaire d'un accès à « la nature » et même à « sa nature » que l'on voit apparaître, l'aspect contraceptif pouvant même, pour les secondes, devenir tout à fait secondaire – il s'agit alors en première instance d'apprendre à « se connaître » et à maîtriser son corps. Par ailleurs, l'utilisation des MAO, supposée permettre aux femmes de sortir de la médicalisation de leur corps et de leur santé génésique, peut en fait s'inscrire paradoxalement dans le courant actuel d'une biomédicalisation, et donc d'une soumission à une forme renouvelée de médicalisation.

Mais ce sont également les rapports de genre autour de la contraception qui peuvent être ébranlés par ces méthodes : le retrait dépend en effet d'un contrôle masculin, et les MAO sont des méthodes coopératives. Néanmoins, ces dernières demeurent dans les faits majoritairement sous responsabilité féminine, ce qui a des effets sur l'accès à la sexualité. Ces méthodes alternatives ne semblent donc pas provoquer de changements de fond en ce qui concerne la gestion genrée de la contraception. Il est cependant un domaine où retrait comme MAO se distinguent des méthodes médicales de contraception : c'est en ce qui concerne le rapport à la sexualité, qui dans les deux cas peut être vécu sous le mode de la « frustration » (de ne pas pouvoir aller « au bout » ou être « spontané-e »), mais qui implique surtout la mise au point de scripts sinon novateurs, du moins différents du scénario culturel le plus répandu, et d'une réflexivité amplifiée sur ce qu'est la « sexualité contraceptée ».

Conclusion

L'étude des différentes modalités contemporaines de la contraception nous permet de mettre en évidence une responsabilité féminine en la matière. Si elle est évidente dans le cas de méthodes médicales uniquement gérées par les femmes, elle peut en fait s'étendre à celle du préservatif masculin ainsi que des méthodes d'auto-observation, qui se présentent pourtant comme plus égalitaires de ce point de vue. Quelle que soit la méthode utilisée, les femmes effectuent ainsi une forme de travail contraceptif, qui est tant un travail matériel et cognitif qu'un travail sur leurs corps, leurs émotions et leurs sensations. Pour les femmes de classes moyennes et supérieures interrogées, il s'agit en particulier, malgré l'utilisation d'objets ou de procédés techniques, de ne pas trahir « *la nature* » pour être en phase avec « *leur nature* » : ce qui peut poser problème lorsque « les hormones » ont des effets sur le corps ou sur le désir sexuel. Du côté des hommes, c'est principalement à travers l'utilisation du préservatif masculin que se pose la même problématique – quoique celui-ci ait la particularité de ne pas être considéré, en France, comme une contraception de long terme. Dire les éventuelles difficultés qu'il suscite est donc d'autant plus légitime que son arrêt est considéré comme « normal » dans le scénario contemporain de la mise en couple.

Les techniques et objets contraceptifs apparaissent par ailleurs comme des moyens de questionner la sexualité, et donc des instances possibles de subjectivation plutôt que de libération de celle-ci. C'est particulièrement clair dans le cadre de l'utilisation des méthodes d'auto-observation ou du retrait, où l'attention nécessaire au corps « est synonyme de la constitution d'une subjectivité soumise de manière croissante à des disciplines corporelles » (Martuccelli 2005, p. 7). Mais si la sexualité est largement invisibilisée dans l'utilisation de méthodes médicales de contraception, son surgissement inattendu et souvent problématique est d'autant plus susceptible de provoquer à son sujet une démarche réflexive – en particulier de la part des utilisatrices. De même, dans l'utilisation de méthodes barrières, c'est l'idée de l'utilisation contrainte d'un objet sexuel extérieur au script « ordinaire » qui impose une réflexion aux partenaires sur leurs représentations et sur leurs pratiques sexuelles, ce qui est d'autant plus le cas si l'objet est vu comme perturbateur. On peut donc distinguer trois formes de réflexivité sur la sexualité susceptibles d'être créées par les différentes méthodes de contraception. Pour les contraceptions portées *en soi* par les femmes, la réflexivité peut se faire *attentive* pour ces dernières, tant l'exercice de distinguer ce qui est dû à proprement parler à la méthode employée peut s'avérer complexe – tandis que la réflexivité s'efface pour les hommes. Pour les contraceptions extérieures *à soi*, elle devient *obligatoire* lorsque c'est son propre corps qui est le support de la méthode. Dans la mesure où le préservatif masculin est l'objet le plus répandu, c'est en particulier pour les hommes que se développe cette réflexivité obligatoire. Enfin, dans le cadre de l'observation *de soi*, c'est à une réflexivité *amplifiée* non seulement sur sa sexualité, mais également sur son corps que l'on a affaire.

Enfin, quels que soient les scripts créés par ces différentes modalités contraceptives, on voit que ces techniques et ces objets contribuent à refléter, produire et reproduire les rapports de genre. Leur utilisation implique que les femmes soient responsables, puisqu'elles auraient naturellement des désirs sexuels limités – alors même que leurs désirs ont pu être, dans d'autres contextes historiques, considérés comme excessifs (Gardey 2018, p. 11). Au contraire, le désir sexuel des hommes est mis au premier plan et considéré comme légitime en tant qu'il exprimerait un besoin : dès lors, les difficultés éventuelles qui découlent de la contraception (diminution du plaisir avec le préservatif, frustration éventuelle avec le retrait ou les méthodes d'auto-observation) sont principalement présentées comme des difficultés *pour eux*, même lorsqu'elles concernent les deux partenaires.

Quatrième partie

Échange des plaisirs et travail des désirs

Introduction

*Déshabillez-moi, déshabillez-moi
Maintenant tout de suite, allez vite
Sachez me posséder, me consommer, me consumer
Déshabillez-moi, déshabillez-moi
Conduisez-vous en homme
Soyez l'homme, agissez !*

Juliette Greco (paroles de Robert Nyel), *Déshabillez-moi*, 1967.

Les objets, techniques et pratiques contraceptives modèlent non seulement la réflexivité sexuelle des individus, mais également les scripts mêmes de la sexualité. La sexualité contraceptée est aujourd'hui considérée comme la sexualité « normale », la forme de référence de la sexualité hétérosexuelle, sans que cette représentation soit véritablement interrogée (Rubin 2010a [1984]). Or, c'est l'existence et la fiabilité de la contraception qui fondent pour une bonne part ces scripts de la sexualité « normale ». Tout comme la naturalité des sexes (Gardey et Löwy 2000) ou le fait qu'il n'y en ait que deux (Fausto-Sterling 2012), la sexualité « naturelle » est une invention, une construction dont la contraception représente un des instruments les moins questionnés.

Pour dévoiler la manière dont la contraception façonne les scripts hétérosexuels, s'intéresser aux pratiques ne suffit néanmoins pas. Les scripts sexuels, à tous leurs niveaux, sont forgés par des émotions, et en premier lieu par des désirs et des plaisirs. Les émotions sont depuis longtemps étudiées par la sociologie, principalement sous l'angle de leurs conséquences sur la vie en communauté (Cuin 2001), ou de leur interaction avec la sphère marchande (Hochschild 2017 [1983]). Mais l'étude du rôle des émotions dans la sexualité ordinaire reste à faire.

Lorsque l'on s'intéresse à la sexualité hétérosexuelle, il faut bien distinguer le désir du plaisir, mais également les différencier de la satisfaction vis-à-vis de la sexualité (Bozon 1998a, p. 214) ou encore de l'orgasme. Les désirs peuvent être définis comme « des scénarios, des productions psychiques qui suscitent l'excitation » (Trachman 2016, p. 214-215), ils existent donc *en amont* du rapport sexuel ; les plaisirs sont des sensations agréables que l'on éprouve *pendant* l'acte sexuel. Les deux ne vont pas toujours de pair, mais ils peuvent néanmoins être liés.

Si désirs et plaisirs ont fait l'objet de nombreuses théorisations, en particulier de la part de chercheuses féministes, rares sont encore les enquêtes sociologiques qui interrogent leur dimension sociale à partir de données empiriques. Désirs comme plaisirs sont souvent abandonnés aux disciplines « psy » (Regan et Berscheid 1999) et à la sexologie, ou bien explorés par la médecine d'un point de vue hormonal ou mécanique : dans les deux cas, ils sont étudiés de manière asociale, et donc apolitique. Or les scripts sexuels, de même que les émotions et les représentations qui les fondent, sont situés socialement, en particulier en termes de genre. La compréhension des représentations de la masculinité

et de la féminité est donc centrale pour interpréter l'expression des désirs dans un rapport occasionnel ou une relation conjugale de long terme, leur mise en œuvre, mais également les façons légitimes ou non de ressentir du plaisir ou encore d'échanger des pratiques sexuelles. La manière d'être un homme ou d'être une femme ne se construit pas uniquement dans la sphère publique, mais également dans l'intimité, où l'hétéronormativité règle largement les pratiques, les représentations et les émotions. Or, l'entrée par la contraception éclaire particulièrement bien ces impensés de la sexualité hétérosexuelle.

C'est sur le plaisir que se concentre le chapitre 9, qui interroge « La place de la pénétration pénovaginale dans l'échange hétéronormé des orgasmes ». Après une analyse de la notion de « réciprocité », tant des orgasmes que des pratiques, dans le script hétérosexuel, il se concentre sur la manière dont la diffusion de la contraception médicale a participé à la naturalisation de la pénétration pénovaginale comme pratique constitutive du script de la « bonne » sexualité. Un éclairage des situations où la pénétration n'est pas possible, en particulier parce qu'aucune contraception détachée de l'acte sexuel n'est utilisée, permet de mettre en évidence des « scripts inférieurs » et de réfléchir aux soubassements genrés de cette hiérarchie entre les scripts.

Le chapitre 10 est pour sa part consacré à une réflexion sur le désir sexuel. Il s'agit d'analyser « L'envers de la spontanéité : le travail genré sur la sexualité ». Il vise à comprendre comment, de la part de qui, et à quel prix se fait le travail sur la sexualité qui rend possible une disponibilité tant physique qu'émotionnelle. Il articule également l'exigence de spontanéité de la sexualité contemporaine à cette disponibilité, en montrant que l'une comme l'autre sont genrées.

Chapitre 9. La place de la pénétration pénovaginale dans l'échange hétéronormé des orgasmes

Lorsque la sexualité relève de l'ordre économique et est modélisée comme un échange d'acte sexuel contre de l'argent, ce sont le plus souvent des hommes, considérés comme plus en demande de l'acte sexuel, qui sont réputés prêts à payer pour celui-ci. Paola Tabet a généralisé cette représentation, en pointant la nécessité de prendre en compte l'ensemble de ce qui peut faire l'objet d'un « échange asymétrique » entre hommes et femmes :

Non pas *un échange du même avec du même*, de la sexualité échangée contre de la sexualité, mais une compensation masculine pour une prestation féminine, un paiement qui pourra revêtir des formes variées (don, compensation en argent, emploi, promotion, prestige ou statut social, et jusqu'au nom, pour n'en citer que quelques-unes) en échange d'une sexualité largement transformée en service. (Tabet 2004, p. 145)

C'est ainsi autour d'un échange que s'organise la sexualité, un échange dont on peut interroger la réciprocité véritable. Un aspect qui est par ailleurs passé sous silence par Tabet est celui des échanges relevant de l'« économie intime » (Roux 2011) au sein de l'acte sexuel. Ce sont en effet aussi des émotions et des sensations (Broqua et Deschamps (dir.) 2014, p. 16), comme le plaisir, un orgasme, la tranquillité d'esprit ou encore le désir de découvrir de nouvelles pratiques qui peuvent être échangées. L'étude de ces différentes dimensions de la sexualité est donc indispensable.

Pour pouvoir mener une telle étude, il faut s'intéresser en détail aux éléments et au déroulement du script (hétéro)sexuel. Or, c'est autour d'une pratique en particulier qu'il s'articule : la pénétration pénovaginale, éventuellement précédée de « préliminaires » (masturbation réciproque et/ou pratiques buccovaginales). En effet, l'enquête Contexte de la sexualité en France indique que « seul-e-s 1,7 % des femmes et 2,2 % des hommes ont déclaré que leur dernier rapport sexuel était une séquence sexuelle au cours de laquelle il n'y a pas eu de pénétration » (Andro et Bajos 2008, p. 298). Soit les séquences sexuelles sans pénétration sont quasiment inexistantes, soit elles ne sont pas pensées comme relevant d'une sexualité assez légitime pour être déclarée lors d'une enquête. En effet, la pénétration pénovaginale est le seul acte sexuel qui est quasi unanimement reconnu comme équivalent à « avoir un rapport sexuel » (Sanders et al. 2010). Or, elle a une caractéristique : il s'agit du *seul* acte sexuel nécessitant l'utilisation d'un moyen de contraception.

Les travaux sociologiques interrogeant la centralité de cette pratique restent cependant rares. Dès les années 1970 et 1980, des textes féministes théoriques sur la sexualité ont certes contesté l'importance de cet acte (voir chapitre 5, section 1.2.1). Paola Tabet encourage ainsi à « abandonner les conceptions explicites ou implicites du coït avec pénétration et éjaculation comme quelque chose qui va forcément de soi, se produit tout “naturellement” dans les sociétés humaines », pour s'intéresser plutôt

aux « formes de conditionnement et/ou de limitation de la sexualité à cette forme exclusivement génitale et reproductrice » (1985, p. 74). Mais c'est seulement l'épidémie du VIH qui a suscité les premières enquêtes sur le sujet, la pénétration apparaissant en creux, dans un questionnaire sur les possibilités de développement d'une sexualité non pénétrative comme modalité de *safer sex*. On trouve peu de travaux sur la France avant les années 2000, et Armelle Andro et Nathalie Bajos soulignent d'ailleurs, à partir de leur analyse de résultats de CSF, que la sexualité sans pénétration est « une réalité oubliée du répertoire sexuel » (Andro et Bajos 2008). Il faut néanmoins distinguer deux choses : d'une part, les pratiques non pénétratives présentes dans un script de la « bonne sexualité » comportant également la pénétration, où le risque de grossesse persiste ; d'autre part, les « scripts inférieurs » de la sexualité entièrement non pénétrative, détachée de la possibilité de reproduction. Dans les deux cas néanmoins, concernant les rapports hétérosexuels il semble difficile de trouver en France des travaux scientifiques récents¹.

L'objectif de ce chapitre est donc d'interroger la centralité de la pénétration dans les scripts sexuels contemporains ainsi que la manière dont l'utilisation de la contraception s'articule avec ces derniers. Mais comprendre la place de la pénétration dans le script implique d'abord de mettre en évidence une autre norme qui semble régir largement la sexualité contemporaine : celle de la réciprocité dans le rapport sexuel.

1 L'impératif de réciprocité à l'épreuve de l'ordre du genre

Parmi les normes qui organisent les scripts sexuels contemporains, la réciprocité occupe une place centrale. Il s'agit de l'idée que chaque partenaire doit trouver son compte, c'est-à-dire idéalement son orgasme, dans chaque interaction sexuelle. Cette norme s'articule d'une part avec l'augmentation de la satisfaction sexuelle féminine que l'on peut observer depuis la généralisation de l'utilisation de la contraception médicale (voir chapitre 5), et d'autre part avec la diffusion d'un ethos égalitaire (Clair 2011). Dès la fin des années 1970, André Béjin et Michael Pollak évoquent ainsi « une forme adoucie, “civilisée”, de la loi du talion : “orgasme pour orgasme” et non plus “œil pour œil” » (1977, p. 117). Mais comment cette norme de réciprocité trouve-t-elle sa place dans le script hétérosexuel, et comment s'articule-t-elle à l'« ordre du genre » (Clair 2008) ?

1.1 Mesurer le plaisir, l'orgasme ou la satisfaction ?

Pour pouvoir étudier la manière dont la sexualité fait ou non l'objet d'une forme de réciprocité, il faut pouvoir s'interroger sur ce qui est échangé : est-ce uniquement d'orgasmes dont il est question ? Dans ce cas, tous les orgasmes se valent-ils ? Suffisent-ils à mesurer le plaisir ou la satisfaction sexuelle ? Sans revenir de manière détaillée sur les significations sociologiques du « plaisir sexuel » (pour cela,

¹ On peut tout de même mentionner la parution, en mars 2019, d'un essai intitulé *Au-delà de la pénétration*, et dans lequel Martin Page, écrivain et artiste, interroge cette pratique puis retranscrit des témoignages d'hommes et de femmes sur le sujet (Page 2019).

voir Legouge 2016), on peut tout de même souligner que les premiers travaux sur la sexualité, que ce soit ceux de Kinsey ou de Masters et Johnson, se concentraient pour leur part sur l'orgasme, unité de mesure du plaisir pour le premier (Kinsey, Martin et Pomeroy 1948 ; Kinsey, Martin et Pomeroy 1953) et but à atteindre pour les seconds (Masters et Johnson 1967 [1966]). L'orgasme est ainsi l'étalon d'une forme de réussite sexuelle, dans un processus de « rationalisation de la sexualité » reposant sur une « comptabilité du plaisir » basée sur l'orgasme (Béjin et Pollak 1977, p. 108). Cet échange peut-il être réduit à la question de l'orgasme ?

La nécessité de distinguer orgasme et satisfaction sexuelle est prise en compte dans les dernières enquêtes sur la sexualité, qui veillent à mesurer tant l'orgasme et les moyens de l'atteindre que la satisfaction sexuelle de manière plus générale. La notion de « plaisir » passe quant à elle au second plan (même si elle resurgit dans quelques questions), sans doute considérée comme trop imprécise pour pouvoir être estimée par les enquêtés. Dans l'enquête CSF, une partie des questions concernent l'orgasme, et permet par exemple de montrer, en comparant à l'enquête Simon (1970) et à ACSF (1992) que, si seulement 43 % des femmes de 20 à 49 ans déclaraient en 1970 avoir toujours ou presque un orgasme lors de leurs rapports, c'est le cas de plus de 80 % des femmes dans les enquêtes de 1992 et 2006 lorsqu'on les interroge sur leur dernier rapport (Bozon 2014, p. 60). Mais l'orgasme n'est pas la seule manière dont le plaisir sexuel était abordé dans le questionnaire de 2006. En effet, comme en 1992, une question concerne la satisfaction sexuelle de manière plus générale. Elle est posée selon deux modalités :

L'une pour garder une comparaison possible avec l'enquête de 1992, la seconde qui appréhende sans doute davantage la dimension affective et relationnelle : « Et du point de vue sexuel, comment définissez-vous votre situation actuelle ? Très bonne, satisfaisante, peu satisfaisante, mauvaise » ; « Êtes-vous très satisfait(e), assez satisfait(e), peu satisfait(e) ou pas satisfait(e) du tout de votre vie sexuelle actuelle ? » (Leridon 2008b, p. 325-326)

Comme le montre Henri Leridon, la formulation change peu les réponses si l'on s'intéresse de manière conjointe aux deux premières puis aux deux dernières modalités de réponse : pour les femmes comme pour les hommes, on obtient autour de 90 % de taux de satisfaction (réponses « Très bonne » ou « Satisfaisante » pour la première modalité, « Très satisfait(e)s » ou « Assez satisfait(e)s » pour la seconde). Néanmoins, « on enregistre plus de réponses “très satisfaits” que “très bonne”, notamment chez les femmes, ce qui montre que la formulation n'est pas du tout indifférente » (*Ibid.*, p. 326). Tant la prise en compte d'autre chose que le simple décompte des orgasmes que la manière dont cette prise en compte est formulée permettent ainsi d'approfondir notre compréhension de ce que représente le plaisir sexuel pour les individus. Or, ce que cette enquête met en évidence, c'est que si les femmes ont moins d'orgasmes que les hommes, elles n'en demeurent pas moins plus satisfaites de leur sexualité. En effet, parmi les hommes ayant eu un rapport dans les 12 derniers mois, 27,3 % répondent que leur situation actuelle du point de vue sexuel est « très bonne » contre 31 % des femmes ; et si l'on s'intéresse à la deuxième manière de formuler la question la différence s'accroît avec 37,8 % d'hommes et 46,8 %

de femmes « très satisfait-e-s » de leur vie sexuelle actuelle (*Ibid.*). En s'en tenant aux hommes et aux femmes ayant eu des rapports sexuels avec un-e partenaire de l'autre sexe, on dénombre 12,6 % de femmes peu ou pas satisfaites contre 17 % d'hommes dans le même cas (Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 377). Ainsi, et même si les écarts demeurent faibles, les femmes sont désormais non pas seulement *aussi* satisfaites que les hommes de leur vie sexuelle, mais un peu *plus*. Or les femmes sont moins nombreuses que les hommes à atteindre l'orgasme à chaque rapport :

Plus de 90 % des hommes ont déclaré *avoir atteint l'orgasme* lors du rapport, proportion confirmée par la déclaration des femmes pour leur partenaire. Seulement 76 % des femmes ont dit avoir atteint l'orgasme, leurs partenaires étaient un peu plus optimistes : 83 % pensent qu'elle a atteint l'orgasme. (Leridon 2008b, p. 323)

Comment comprendre ce paradoxe de l'absence de coïncidence entre satisfaction sexuelle et taux d'atteinte de l'orgasme ?

Plus récemment, l'enquête Fecond 2010 a également proposé des questions tant sur la satisfaction concernant la vie sexuelle que sur les difficultés ou les manières d'atteindre l'orgasme, distinguant pour les femmes les orgasmes atteints par pénétration ou simplement avec des caresses. Analyser la question concernant la « difficulté à atteindre l'orgasme » nous permet de mettre en lumière le rapport entre celui-ci et la satisfaction sexuelle, tant pour les hommes que pour les femmes. D'abord, il faut avoir en tête que si 80 % des hommes n'ont eu aucune difficulté à atteindre l'orgasme au cours de la dernière année, ce n'est le cas que de moins de la moitié des femmes :

Tableau 19. Fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois (en %)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Total
Femmes	48	19	27	6	100
Hommes	81	11	8	1	100

Champ : Hommes et femmes de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

Un tiers des femmes déclare par ailleurs avoir parfois ou souvent des difficultés à atteindre l'orgasme, contre moins d'un homme sur dix. Or, le fait d'avoir des difficultés à atteindre l'orgasme est corrélé à la satisfaction vis-à-vis de sa vie sexuelle, en particulier pour les femmes : ainsi 68 % des femmes ayant « souvent » de telles difficultés sont très ou assez satisfaites de leur vie sexuelle, contre 90, 94 et 95 % de celles qui en ont « parfois », « rarement » ou « jamais » (voir tableau E4 en annexe E). Côté masculin, on remarque la même corrélation, même si elle est moins marquée et ne varie qu'entre 85 % de satisfaction sexuelle parmi les hommes ayant « souvent » des difficultés à atteindre l'orgasme et 93 % pour ceux qui n'en ont « jamais » (voir tableau E5 en annexe E). Si l'on peut être satisfait-e de sa vie sexuelle même en ayant des difficultés à atteindre l'orgasme, le fait de réussir à atteindre celui-ci est donc néanmoins lié positivement avec la satisfaction vis-à-vis de sa vie sexuelle. Si la satisfaction sexuelle ne se réduit pas à l'orgasme, ce dernier y participe ainsi largement – ce qui explique qu'il soit au cœur des discours rendant compte de la nécessité de la réciprocité dans la sexualité.

1.2 La « pseudo-réciprocité² » sexuelle

La nécessité de la réciprocité dans la sexualité est largement mise en avant par les enquêté-e-s. Néanmoins, on peut s'interroger sur les limites de cette réciprocité, en particulier en termes de statut du/de la partenaire, mais également de genre.

1.2.1 La réciprocité obligatoire des orgasmes

L'idée d'un échange des orgasmes nécessaire pour que le rapport soit réussi est très présente dans les entretiens, tant des hommes que des femmes. De nombreux récits de rapports sexuels mentionnent comme un problème le fait qu'un-e des deux partenaires n'ait pas eu d'orgasme, voire, ce qui est pire, n'ait pas pris de plaisir :

Tableau 20. Extraits d'entretiens mentionnant l'absence de réciprocité dans l'acte sexuel

Nicolas ³	« Du moment que je sens [...] qu'en face [...] c'est pour me faire plaisir [...] je vais finir, mais limite presque ça me dégoûte . »
Caroline ⁴	« Si par exemple moi je jouis et que lui n'a pas joui je suis pas du tout à l'aise , j'aime pas. »
Fadi ⁵	« Ma copine actuelle aime bien quand j'éjacule. Et quand j'y arrive pas, bah... Elle boude . »
Camille ⁶	« C'était une frustration pour lui, parce qu'il disait "Ohlala, je te fais pas jouir". »
Guillaume ⁷	« Je pense que ça l'aurait frustrée si j'étais pas venu aussi. »

On peut noter d'abord la diversité des manières de dire l'orgasme : « finir », « jouir », « éjaculer » pour les hommes⁸, « venir », etc. (sur le sujet voir Bozon 1999). Mais quelle que soit la situation rapportée, que l'enquêté-e soit celui/celle qui a eu un orgasme sans que l'autre n'en ait, ou au contraire celui/celle qui n'a pas « réussi » à en avoir, on retrouve un champ lexical négatif, qui va du « dégoût » à la « frustration ». Les enquêté-e-s mettent ainsi en avant l'importance de la réciprocité dans l'acte sexuel, et l'orgasme apparaît, certes, comme positif pour soi, mais aussi comme quelque chose que l'on *doit* à l'autre afin que les comptes soient soldés (Béjin et Pollak 1977, p. 117) ou, pour sortir d'une métaphore économique un peu réductrice, pour que chacun-e puisse jouer son « rôle » dans le

² Gilfoyle, Wilson et Brown 1992.

³ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

⁴ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

⁵ Informaticien, 26 ans, en couple (sa compagne prend la pilule).

⁶ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

⁷ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

⁸ On peut remarquer d'ailleurs avec Shere Hite l'absence de verbe transitif équivalent à « éjaculer » : « Il est temps de faire une petite digression sur l'emploi du verbe "orgasmer", que j'ai pris la liberté de créer de toutes pièces. Dans ce rapport en effet, je fais du mot "orgasme" un verbe à la forme active, contrairement à l'usage. C'est au cours de l'enquête que l'idée de cette transgression linguistique m'est apparue. En général, on dit "avoir un orgasme", une habitude qui agit comme un miroir d'une mentalité passive bien ancrée : la passion sexuelle comme une sorte de visitation accidentelle qui nous tomberait dessus. Or les femmes ont besoin d'être actives pour orgasmer, surtout lorsqu'elles sont avec un partenaire, c'est là une des révélations capitales de cette enquête. » (Hite 2000 [1976], p. 757 ; sur le sujet voir Mozziconacci 2015)

scénario sexuel. Il est nécessaire de savoir que son/sa partenaire prend du plaisir pour pouvoir être légitime à en ressentir soi-même : ne pas avoir d'orgasme, c'est donc diminuer la légitimité de celui de son/sa partenaire en le laissant en dette par rapport à soi.

Cette nécessité d'un orgasme pour les deux partenaires peut d'ailleurs conduire à adopter des pratiques spécifiques, qui disparaissent lorsque les sources de plaisir évoluent. C'est ce qu'explique Alicia⁹ en revenant sur l'évolution de sa pratique de la pénétration anale :

Enquêtrice : Et que vous pratiquez moins [la sodomie] depuis deux ans, vous savez expliquer pourquoi ?

Alicia : Oui, je sais expliquer pourquoi, parce qu'alors au début, avec mon compagnon, c'était la seule position dans laquelle j'avais un orgasme. Parce qu'en fait je pouvais me caresser en même temps. Je me caressais en même temps, et comme je sais m'occuper de moi mieux que... quelqu'un d'autre quoi, on va dire, j'avais des orgasmes systématiques, avec la sodomie. Et comme j'avais pas d'orgasmes vaginaux, voilà pendant la pénétration vaginale, bah on va dire on pratiquait à peu près une fois par semaine je pense, ou une fois toutes les deux semaines. Et j'ai commencé à avoir moins envie quand j'ai eu des orgasmes avec la pénétration, enfin au niveau vaginal, en fait. C'est là qu'on a commencé à diminuer, parce que j'avais des orgasmes par pénétration vaginale.

Selon Alicia, il n'y avait originellement qu'avec la pénétration anale qu'elle pouvait atteindre l'orgasme. Elle explique cependant que c'est le fait de pouvoir se caresser elle-même lors de cette pratique qui lui procurait celui-ci. Elle aurait donc pu envisager de se caresser sans que son partenaire ne la pénètre, mais juste en sa présence –l'absence de contrepartie de cette situation paraît néanmoins éliminer sa possibilité. Le fait d'avoir un orgasme de manière simultanée apparaît ainsi comme quelque chose d'appréciable, si ce n'est comme un but à atteindre.

Le *plaisir* simultané apparaît de son côté encore plus important. Les meilleurs souvenirs de rapports sexuels des enquêtée-s sont donc souvent des rapports ayant permis aux deux partenaires de prendre autant de plaisir, comme dans ce cas rapporté par Kirsten¹⁰, qui n'apprécie généralement pas la pénétration :

C'est, enfin je crois que c'est la seule fois où j'ai vraiment eu beaucoup de plaisir par la pénétration vaginale en fait. [...] C'est un des meilleurs souvenirs que j'ai de rapport avec lui, du coup. Parce qu'au final... justement y'avait pas... Moi je me sentais pas mal à l'aise. Lui il se sentait pas coupable. Et du coup... C'était d'autant plus... Je dirais agréable pour lui, que moi je prenais du plaisir par la pénétration vaginale. Chose qui m'était jamais arrivée avant.

S'il n'est pas question d'orgasme, prendre du plaisir dans une pratique qui en procure en même temps à son partenaire permet à Kirsten d'éviter de se sentir « mal à l'aise » et à son compagnon de ne pas sentir « coupable » ainsi que d'éviter toute dette. Le script n'est jamais plus réussi que lorsqu'il est un échange, et permet à chacun-e de repartir sans rien devoir à l'autre.

⁹ Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

¹⁰ Étudiante, 25 ans, célibataire (implant contraceptif).

Le principe de réciprocité suivant lequel il n'est pas légitime d'éprouver du plaisir – et encore moins un orgasme – sans que son/sa partenaire n'en éprouve également constitue une norme sociale très largement répandue. Celle-ci ne se limite pas pour autant aux scripts hétérosexuels, comme le montre l'analyse que fait Natacha Chetcuti quant à son importance dans la sexualité lesbienne (2013 [2010], chap. 6). Néanmoins, on peut se demander si cette norme ne peut être remise en cause dans certaines circonstances.

1.2.2 La réciprocité comme preuve de l'engagement

Adopter avec André Béjin et Michael Pollak une représentation économiste de la nécessité d'une réciprocité, voire d'une simultanéité, des plaisirs et des orgasmes, tend à invisibiliser les relations sociales dans lesquelles ces échanges ont lieu et donc à désocialiser la sexualité¹¹. Il faut alors remettre les rapports sociaux au cœur de l'analyse pour pouvoir mieux comprendre cette exigence de réciprocité.

Pour les couples, la vie sexuelle s'inscrit dans un cadre relationnel (Bajos et Bozon 2008, p. 592). C'est en tenant compte de cette imbrication de la sexualité dans la relation (Bozon 2016) que l'on peut comprendre que le fait de prendre du plaisir soit à la fois plus important et plus aisé avec un-e partenaire régulier-e. Ainsi que le souligne une étude états-unienne, « la sexualité impliquant une connexion émotionnelle est toujours décrite comme fondamentalement plus plaisante et plus désirable que lorsque ce n'est pas le cas¹² » (Farvid et Braun 2017, p. 87). C'est par exemple ce qu'explique Juliette¹³ :

Enquêtrice : Avec votre compagnon actuel, vous vous souvenez le moment où vous avez commencé à ressentir du plaisir, comment ça s'est passé ?

Juliette : ... Euh... Non je ne m'en souviens pas. Je pense pas que ça a été toujours. Mais je sais que j'ai eu mon premier orgasme avec lui, enfin clairement... « C'est ça ?!! Putain !! » (petits rires) Donc voilà. Mais je pense que c'était la... Oui, je sais pas, une espèce d'osmose, la confiance, enfin y'avait plein de paramètres quoi. J'étais à l'aise en fait dans mon corps avec lui... J'avais pas besoin de me cacher... C'est quelqu'un qui me rend à l'aise, en fait.

C'est à la « confiance » et à l'« osmose » avec son partenaire que Juliette attribue le fait d'avoir eu son premier orgasme – et non pas à une pratique particulière. Cette attention au plaisir de l'autre qui naît dans la relation conjugale peut d'ailleurs rendre difficile l'utilisation de certaines méthodes de contraception, comme le préservatif masculin ou le retrait, considérées comme potentiellement frustrantes (voir aussi chapitres 7 et 8). La norme de réciprocité est donc particulièrement forte dans le cadre de la sexualité conjugale. Néanmoins, la récurrence des rapports sexuels conjugaux fait qu'il est possible de différer le contre-don, ce qui n'est pas le cas avec des rapports plus occasionnels.

¹¹ Comme le font également, par exemple, les représentations économiques qui s'appuient sur les neurosciences (Dussauge 2018).

¹² “Sex that involves an emotional connection was always depicted as ultimately more pleasurable and desirable than just sex.”

¹³ Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

Pour comprendre la manière dont les rapports occasionnels peuvent subvertir ou non cette norme de la réciprocité, il faut tenir compte de deux de leur caractéristique. La première est qu'ils ne sont pas supposés se répéter, ce qui peut encourager à payer sa dette immédiatement. Comme l'explique Olivier¹⁴ : « on n'a pas d'occasion de se rattraper ». Cela rend encore plus indispensable pour lui le fait que sa partenaire ait un orgasme, car il n'y a pas de « deuxième chance ». Mais un autre élément va à l'encontre de cette norme de réciprocité : le fait qu'il s'agit de rapports dans lesquels l'engagement est moins présent. Caroline¹⁵ indique par exemple que lorsque son ancien partenaire se retirait, cela ne la gênait pas : « C'est une époque où [...] je m'en foutais de savoir si lui... s'il avait du plaisir ou quoi enfin c'était pas... C'était le cadet de mes soucis quoi. » Lorsque l'attachement au partenaire est moindre, l'importance de son plaisir peut diminuer. Fabien¹⁶, qui distingue différentes situations (ses rapports sexuels avec des hommes, avec des couples échangistes ou avec des femmes) et ce qu'il projette dans chacune, permet de bien mettre cela en évidence :

Enquêtrice : Et dans ces trois configurations différentes, à quel point c'est important le plaisir de l'autre ?

Fabien : Alors ! Avec un homme... zéro. Avec un couple, si je disais sur cinq, je pense que je serai à trois-quatre, et avec une femme ça sera quatre-cinq, suivant le contexte, mais ça serait même plutôt cinq.

Enquêtrice : Comment vous expliquez ces...

Fabien : Aucune idée ! Aucune idée, je pense que c'est toujours pareil, c'est les objectifs. Un consommation, deuxièmement partage, troisièmement... peut-être suivi [relation suivie].

L'attention portée à la réciprocité des plaisirs est ainsi inexistante dans ses relations homosexuelles, qui relèvent selon lui de la « consommation ». Elle augmente lors de ses rapports avec des couples avec lesquels il recherche du « partage », et est maximale lors de ses (rares) rapports avec une femme, car il espère pouvoir construire une relation. C'est également ce dont rend compte Matthieu¹⁷ :

Quand c'est avec une fille comme ça... Enfin « comme ça » entre guillemets, c'est-à-dire que c'est pas pour du sérieux, euh... Pfo, j'ai juste envie de, voilà, de pas être complètement mauvais mais après je pense peut-être plus à mon plaisir et je me... Bah, voilà, d'assurer un minimum et puis voilà, quoi. Après, si je suis bon, tant mieux hein.

Si Matthieu cherche toujours à « assurer », à « être bon », c'est ici son propre plaisir qui passe au premier plan (ce qui n'est pas le cas avec ses petites amies), le « désir d'extorsion unilatérale » de l'orgasme, qui doit normalement être « dissimulé » (Béjin et Pollak 1977, p. 117), pouvant apparaître au grand jour. Cela ne signifie pas que l'on ne cherche pas à procurer du plaisir à son/sa partenaire, mais

¹⁴ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

¹⁵ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

¹⁶ Créateur de sites internet, 33 ans, célibataire, bisexuel et très actif sexuellement (préservatifs).

¹⁷ Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

que les motivations pour le faire sont différentes de ce qu'il se passe dans une relation où l'attachement est plus important. Pour Matthieu, c'est principalement de ne pas perdre la face qu'il s'agit. Clémence¹⁸ l'explique également de manière très nette, en comparant deux de ses relations – une dans laquelle elle ne s'est pas vraiment engagée avec son partenaire et l'autre où cela a été le cas :

J'ai été très égoïste avec la personne avec qui je suis restée un an, j'avais que envie moi de retrouver des sensations, de retrouver du plaisir, il me donnait énormément. Je donnais aussi, parce que je trouvais ça très ludique, mais je donnais parce que je m'amusais, pas parce que je lui faisais du bien. Et mon dernier compagnon, par contre, là, c'était autre chose, là j'avais envie de donner et que ce soit réciproque.

Cet extrait d'entretien est extrêmement clair quant au fait que même si l'on donne la même chose ou de la même manière, ce sont les motivations à donner qui sont importantes pour comprendre ce qui se joue dans l'acte sexuel. Avec un partenaire qui n'était pas sérieux, Clémence donnait du plaisir, mais tout en se considérant « égoïste » car sa motivation étant simplement de rendre leur sexualité « ludique » ; avec un partenaire sérieux, elle donnait pour remplir sa part de l'échange, et renforcer ainsi la relation. Pour analyser la réciprocité, il faut connaître les raisons du don.

Cette dimension relationnelle peut contribuer à expliquer que la satisfaction sexuelle est plus importante, pour les hommes comme pour les femmes, lorsque les partenaires sont engagé·e·s dans une relation de long terme. C'est ce que montrent, pour les plus jeunes, plusieurs enquêtes états-uniennes portant sur des 18-25 ans (Higgins et al. 2010 ; Galinsky et Sonenstein 2013). En particulier, le fait d'atteindre l'orgasme est très lié à la nature de la relation avec les partenaires. Si l'on s'intéresse à la France, on voit que selon l'enquête CSF, tous types de partenaires confondus, les trois quarts des femmes déclarent avoir atteint l'orgasme au cours de leur dernier rapport. Le chiffre monte à 79 % lorsqu'elles cohabitent avec leur partenaire, mais lorsqu'il s'agit d'un nouveau partenaire, « seulement 58 % des femmes disent avoir atteint l'orgasme lors du dernier rapport », et 60 % pour un partenaire occasionnel (Leridon 2008b, p. 323). Pour les hommes, les chiffres varient de 92 % avec une partenaire cohabitante à 82 % avec une nouvelle partenaire et 83 % avec une partenaire occasionnelle (*Ibid.*, p. 331). La définition et, sans doute, la durée de la relation ont donc une influence sur l'orgasme, en particulier celui des femmes. Néanmoins, les femmes restent toujours moins nombreuses que les hommes à avoir atteint l'orgasme au dernier rapport.

1.2.3 Orgasme masculin contre plaisir féminin ?

Des modèles différents de masculinité et de féminité coexistent dans une société donnée. Selon le but recherché, les individus peuvent utiliser comme référentiel l'un ou l'autre de ces modèles. Dans son étude sur les femmes multipartenaires, Catherine Deschamps montre ainsi que ces dernières mettent en scène des facettes différentes, et plus ou moins valorisables, de leur identité en fonction de ce qu'elles recherchent. Pour éconduire leur partenaire, elles font appel au modèle d'une féminité « égalitaire » ;

¹⁸ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

pour provoquer son désir, à des « jeux de genre caricaturaux, y compris contre l'autonomie des femmes » (Catherine Deschamps 2013, p. 395). Dans le cas de la sexualité, ou plutôt des récits de sexualité, on remarque également un décalage entre les discours qui sont tenus et les pratiques qui sont décrites quand il s'agit de rendre compte de la réciprocité de la sexualité en matière de plaisir.

Pour la majorité des femmes interrogées, mieux pourvues que la moyenne en capital culturel – en particulier institutionnalisé (Bourdieu 1979a) –, voire en capital économique, l'« ethos égalitaire » est aussi bien intégré que l'idéal conjugal (alors que c'est moins clairement le cas dans les milieux plus populaires ; voir Clair 2011, p. 72). Si elles affirment donc l'importance de leur plaisir, leurs pratiques ne leur permettent pas toujours de l'atteindre. En effet, l'orgasme passe parfois au second plan pour elles, au profit du seul plaisir :

Enquêtrice : Le fait d'avoir un orgasme, c'est quelque chose qui est important, pour vous dans une relation ?

Clémence¹⁹ : Non. Pas forcément, je pense que j'ai eu des fois qui étaient vraiment merveilleuses et y'avait pas d'orgasme, ce qui comptait vraiment c'était plus le moment, la connexion et la signification de ce moment, je pense. Et puis y'a des fois, où quand on est dans le quotidien de la routine de la vie, oui, là, ça peut compter. (sourire) Ça dépend !

Ainsi, Clémence ne mesure pas forcément sa satisfaction sexuelle en fonction de son orgasme, mais plutôt d'une « connexion » qui apparaît centrale pour juger de la réussite d'un rapport sexuel. C'est aussi ce qu'indique Marjorie²⁰ : « c'est pas nécessairement l'orgasme le but quoi, le câlin ça suffit aussi ». Si ce discours sur l'importance du plaisir se retrouve chez les deux sexes, les plus prompts à renoncer à l'orgasme demeurent les femmes, plaçant ainsi non seulement leur désir comme subalterne (voir chapitre 10), mais également cette modalité particulière de leur plaisir.

Mettre en avant le plaisir – qu'elles ressentent – plutôt qu'un orgasme – qu'elles ne ressentent pas – est ainsi pour plusieurs enquêté·e·s une manière de rassurer leurs partenaires :

Enquêtrice : Et vous me parliez de l'orgasme, tout à l'heure, en disant que pour [votre partenaire] c'était compliqué à envisager si vous vous en aviez pas, est-ce que c'est important, pour vous d'avoir un orgasme, dans la relation sexuelle ?

Kirsten²¹ : ... Oui. Euh... Oui et non, parce que... Enfin en fait, je dirais que l'orgasme féminin c'est important, mais c'est plus politiquement que personnellement en fait. Parce que justement il a tellement été nié pendant super longtemps, socialement, et aussi, il l'est souvent dans le cadre de relations en fait. Moi j'ai plusieurs copines qui me disent qu'au final elles ont quasiment jamais des orgasmes, parce que au final, les trois quarts de leurs rapports c'est de la pénétration vaginale, duquel elles retirent aucun plaisir en fait. Donc oui, c'est important. Après c'est pas essentiel non plus, en fait. Parce qu'on peut prendre beaucoup de plaisir sans avoir d'orgasme en fait, et justement, c'est ce que j'ai essayé de lui expliquer à ce moment-

¹⁹ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

²⁰ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

²¹ Étudiante, 25 ans, célibataire (implant contraceptif).

là, c'est que... pour moi, le fait que lui ait un orgasme, c'était aussi prendre du plaisir, mais différemment en fait.

Cet extrait est particulièrement frappant, car les propositions du discours de Kirsten, militante féministe et étudiante en science politique, ne prennent sens que dans l'optique d'un orgasme féminin qui reste subalterne, au profit d'un « plaisir » plus vaste et dont elle semble heureuse de se contenter – contrairement à ses amies qui, elles, n'en ont « aucun ». Camille²² aussi préfère mettre l'orgasme au second plan lors de ses relations, même si elle aimerait parvenir à en ressentir un, ce qui n'a jamais été le cas (mais elle « prend du plaisir, ça c'est sûr ») :

C'est un peu le défi pour les hommes, quand on leur dit ça, en général c'est...
« Whaou ! » (rire) Et puis quand ils voient qu'ils y arrivent pas, bah du coup, ils sont un peu blasés, donc je me suis dit « Arrête d'en parler ».

La peur de vexer ses partenaires, de heurter leur masculinité, a ainsi conduit Camille à bannir la question de l'orgasme de ses discussions avec ses partenaires.

Au contraire, la nécessité d'un orgasme masculin n'est jamais remise en cause. On retrouve dans le cadre de la sexualité les paradoxes que contient cette norme d'« ethos égalitaire » mise en évidence par Isabelle Clair :

L'ethos égalitaire, tel qu'il se reflète dans les discours communs et donc aussi des jeunes enquêtés, est porteur lui-même, dans sa formulation, d'une contradiction. Profondément différentialiste, il articule l'égalité entre les sexes à un antagonisme qui serait indépassable. Derrière l'antagonisme se cache la hiérarchisation. Les contradictions perceptibles dans les discours des jeunes, ou bien entre leurs discours (égalitaristes) et leurs pratiques (sexistes), sont en réalité soutenues par une contradiction présente dans leur définition de l'égalité, devenue la définition dominante : les femmes devraient avoir les mêmes « droits » que les hommes, mais hommes et femmes seraient fondamentalement différents. L'hétéronormativité au fondement du couple réapparaît : en ordonnant l'opposition des sexes, elle ordonne leur complémentarité. (Clair 2011, p. 74)

L'orgasme féminin étant présenté comme *par nature* plus difficile à atteindre, y renoncer n'est pas forcément vu comme quelque chose d'inégalitaire. La dénonciation, depuis les années 1970, d'une forme de course à la performance et de tyrannie de l'atteinte de l'orgasme rend en outre la revendication du seul plaisir d'autant plus légitime. Par ailleurs, des justifications jugées valables car s'appuyant sur le ressenti des femmes peuvent être mises en avant : une étude britannique menée par entretiens avec 71 garçons de 16 à 18 ans au début des années 2010 a ainsi montré que lorsque la pratique de la fellation est déclarée sans que celle du cunnilingus le soit, le discours justificatif s'appuie sur un inconfort des femmes à accepter cette pratique, là où la fellation est vue comme « plus facile » et appréciée par tous les hommes. Le fait que les femmes aient plus de mal à accepter le cunnilingus est considéré comme naturel et ne devant pas être remis en question, alors même que cela découle de la manière dont elles

²² Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

sont socialisées à la sexualité. Ainsi, c'est bien le plaisir masculin qui apparaît prioritaire, même si le discours qui entoure les pratiques hétérosexuelles est égalitaire (Lewis et Marston 2016, p. 786).

La norme de réciprocité – tant des orgasmes que du plaisir – permise par la diffusion de la contraception médicale est largement répandue dans les représentations de la « bonne » sexualité, mais concerne la sexualité conjugale plus encore que les rapports occasionnels. Par ailleurs, les femmes peinent plus que les hommes à atteindre l'orgasme et, surtout, elles jugent suffisant le fait d'éprouver du plaisir. Pourquoi certaines femmes acceptent-elles de mettre leur orgasme au second plan ?

1.3 Un échange hétéronormé : performance masculine vs jouissance féminine

La représentation de la sexualité comme le lieu d'un échange, où chaque partie cherche à donner du plaisir à l'autre et en reçoit donc, a en effet comme limite de ne pas mettre en évidence le fait que « l'échange sexuel, même s'il est formellement échange d'équivalents, est en fait un échange inégal qui profite à ceux qui disposent d'une quantité suffisante d'actifs non sexuels (esthétique, matériels, symboliques) » (Béjin et Pollak 1977, p. 119). Or cette « réciprocité » se met en place dans un espace social et sexuel informé par des discours et des rapports de pouvoir fondés sur le genre, l'âge, la race, l'apparence physique, le milieu social, etc. Ainsi, des représentations genrées sous-tendent ce qui relève en fait plutôt d'une « pseudo-réciprocité » (Gilfoyle, Wilson et Brown 1992).

Les hommes sont toujours largement perçus comme ayant plus de besoins sexuels que les femmes (Bajos, Ferrand et Andro 2008 ; voir chapitre 10), mais également comme ayant une sexualité plus « mécanique » leur permettant d'atteindre plus aisément l'orgasme, ainsi que l'explique Rémi²³ :

Un homme c'est plus facile, je pense. Plus physique, presque plus mécanique. J'ai l'impression. Une fille faut qu'elle soit dans d'autres dispositions. Ou qu'on la connaisse bien, et que... Voilà.

Au contraire, le plaisir féminin est considéré par la majorité des enquêtées comme « beaucoup plus compliqué que le masculin » (Fabrice²⁴), ce qui explique qu'il puisse être difficile pour ces dernières d'atteindre l'orgasme – et ce qui pourrait expliquer qu'elles y renoncent plus facilement. Or plusieurs femmes interrogées expliquent que ce n'est pas tant atteindre l'orgasme qui est difficile que de l'atteindre *dans le cas du rapport hétérosexuel avec pénétration pénovaginale*. C'est le cas de Lucile²⁵, pour laquelle ce n'est pas « le but ultime à atteindre du tout » car elle prend quand même « toujours du plaisir à faire l'amour » :

Du coup là en étant souvent célibataire bah, c'est sûr que du coup je pratique beaucoup plus de masturbation et que... C'est aussi une satisfaction qui est très bien, et que avec tout ce qui est vibreur et tout, enfin, c'est hyper facile d'avoir un vrai orgasme, finalement. Que finalement tu le trouves pas vraiment quand tu fais l'amour.

²³ Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation, 35 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

²⁴ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

²⁵ Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

Le fait de réussir à se procurer elle-même un orgasme facilement semble justifier, pour Lucile, de ne pas chercher à en avoir absolument un dans le cadre d'un rapport sexuel – pour ce dernier, le plaisir est suffisant. On retrouve le même discours chez Clémence²⁶, qui explique sa surprise quand elle a eu son premier orgasme pendant un rapport sexuel :

J'ai redécouvert le plaisir quand je me suis séparée de mon conjoint de l'époque, et que je me suis mise avec quelqu'un pendant un an. Avec lui on expérimentait plein de choses, et il me valorisait beaucoup, et j'ai eu mes premiers orgasmes, par exemple. Sans que ce soit moi ! Et pour moi ça a été important dans ma vie de femme, par exemple. Et j'ai découvert que quelqu'un pouvait me donner du plaisir, et que c'était pas forcément moi.

Pour Clémence, il ne va pas de soi que « quelqu'un » d'autre qu'elle puisse lui procurer du plaisir, et ici plus précisément un orgasme ; ce qui est symptomatique de la représentation de la sexualité féminine comme moins naturelle et pulsionnelle que la masculine. Cette difficulté à donner un orgasme à leur partenaire peut être soulignée par les hommes, en particulier lorsqu'ils évoquent les rapports occasionnels, où le fait que la partenaire ait eu un orgasme est présenté comme assez rare, comme ici par Matthieu²⁷ :

Ça pouvait arriver que je sois très bon, ou que je donne des orgasmes à la personne dès la première fois, mais c'est pas arrivé non plus dix mille fois.

L'idée que l'orgasme féminin est difficile à atteindre est d'ailleurs exploitée par les magazines masculins, qui encouragent les hommes à développer des « techniques », un « savoir-faire » pour faire atteindre l'orgasme à leur partenaire :

La qualité d'un échange sexuel tend, selon la presse masculine, à être mesurée en référence au plaisir féminin qui est alors vu comme strictement déterminé par les hommes, leurs performances, leur connaissance de l'anatomie féminine et la maîtrise de leur propre désir. (Déroff 2007a, p. 105)

Ainsi et paradoxalement, tout en restant considéré comme « pulsionnel », « le sexe se voit redéfini comme quelque chose qui demande anticipation, pilotage, rationalité pour être efficace et maîtrisé » (Neveu 2012, p. 126 ; à propos de Rogers 2005). Cette maîtrise est en effet nécessaire pour réussir à atteindre le but de l'acte sexuel, « faire jouir » sa partenaire :

Enquêtrice : Est-ce que vous pourriez me décrire un rapport sexuel qui s'est bien passé, dont vous gardez un bon souvenir ?

Sébastien²⁸ : (sourire) [...] Il s'agit d'un rapport avec ma compagne actuelle... [...] On était donc chez elle, c'était dans son lit, qui est sur une mezzanine, qui a peu de hauteur, donc ça crée un cocon très confortable. [...] Elle a commencé par s'occuper de moi, enfin on a commencé par des préliminaires, y'a eu par la suite... Oui, de la pénétration vaginale, et puis d'autres jeux, et j'ai fini par m'occuper d'elle avec les doigts, pour l'emmener jusqu'à un orgasme... jusqu'à un orgasme prolongé.

²⁶ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

²⁷ Educateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

²⁸ Ingénieur en reconversion pour être masseur, 38 ans, en couple (sa compagne a un DIU).

Enquêtrice : D'accord. Et vous, vous avez eu un orgasme ?

Sébastien : Pas ce coup-là.

Enquêtrice : D'accord. Et qu'est-ce qui fait de ce rapport un rapport particulièrement bien ?

Sébastien : Parce qu'elle a atteint cet orgasme.

Sébastien choisit de raconter un rapport où lui-même n'a pas joui : c'est d'autre chose qu'est venu son plaisir. Ce qui rend mémorable ce rapport sexuel à ses yeux, c'est bien « l'orgasme prolongé » atteint par sa compagne grâce au fait qu'il s'est « occupé » d'elle. Plus généralement, c'est en effet à la lumière d'une nécessaire « performance », qui passe tant par la nécessité de réussir à rester en érection (voir chapitre 7 pour ce qui concerne les problèmes que pose alors le préservatif), que de connaître le corps féminin, qu'il faut alors comprendre l'importance de l'orgasme féminin pour les hommes :

Ce n'est pas uniquement pour que le rapport soit réciproque et parce que le plaisir féminin est important que l'orgasme féminin compte pour les hommes, mais également car il est un indicateur de leur performance et de leurs compétences en tant qu'amants²⁹. (Braun, Gavey et McPhillips 2003, p. 248)

Comme le montre également une recherche états-unienne sur des étudiant-e-s de premier cycle universitaire, les femmes apparaissent ainsi comme des *objets*, à qui l'on doit donner du plaisir en échange de leur accord pour avoir un rapport sexuel (vu comme nécessairement au bénéfice de l'homme), plutôt que comme des *sujets* qui en éprouvent (Gilfoyle, Wilson et Brown 1992, p. 218). Plutôt que de plaisir à donner, c'est en effet souvent de masculinité à réassurer dont il s'agit.

Que leur partenaire ait un orgasme relève dans une partie des discours des hommes de la « métaphore sportive [...], qui accentue le caractère technique et performatif de la sexualité masculine » (Déroff 2007a, p. 104-105). C'est en particulier le cas chez les hommes les plus jeunes, qui sont encore célibataires ou dans des relations de court terme, et dont la sexualité se rapproche plutôt d'un modèle du « désir individuel » que d'une orientation intime conjugale (Bozon 2001a). Nicolas³⁰ explique ainsi pourquoi l'orgasme de sa partenaire, qu'il fréquente depuis un an, est important :

Parce que j'ai l'impression d'être bon ! (petit rire) Non mais j'ai l'impression, je dis ça en rigolant mais c'est vrai. Et on a l'impression justement d'arriver à combler la partenaire.

« Comblé sa partenaire » n'est pas un but altruiste, mais relève du rapport à lui-même – ce qui n'est pas facilement avouable dans le cadre de la norme d'une réciprocité obligatoirement tournée vers l'autre. Olivier³¹ tient un discours proche :

C'est très beau de voir une femme jouir, déjà. Et ensuite... Je pense que c'est un peu le but de l'acte, je ne saurais pas, entre guillemets, si j'ai été bon, si elle avait pas eu un orgasme, et j'ai besoin qu'elle en ait un, j'ai besoin de partager du plaisir.

²⁹ «Female orgasm can be important for men not simply for reciprocity and the importance of the woman's pleasure, but also as an indicator of performance and his skills as a lover.»

³⁰ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

³¹ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

Différents arguments sont énoncés ici : si Olivier termine en mentionnant l'importance du plaisir partagé, il n'en objectifie pas moins sa partenaire dont l'orgasme est d'abord considéré du point de vue esthétique – et à nouveau d'abord visé pour être sûr d'avoir « été bon ». Matthieu³² souligne d'ailleurs de son côté la pression que peut représenter cette nécessité de la performance, une pression qui peut être positive ou négative :

Alors que [la pression de la performance] aide pas forcément, justement. Ouais ça peut aider, si on a le côté, l'esprit un peu sportif, et dire « Voilà, faut que je sois bon, tout ça », ouais ouais, mais... Mais bon, je pense que du coup ça bloque aussi certaines personnes.

Cette norme de la performance sexuelle peut ainsi s'exprimer de différentes manières, en engageant les hommes à porter attention au fait que leur partenaire ait un orgasme (ce qui peut finir par représenter une forme de pression pour cette dernière), mais également en « bloquant » la sexualité dans d'autres cas.

De leur côté, les femmes sont encouragées par les magazines féminins à « guider, “éduquer” les hommes » en ce qui concerne le fonctionnement de leur corps (Déroff 2007a, p. 105) afin qu'ils parviennent au mieux à « être bons ». Les enquêtées sont conscientes que le fait de réussir à avoir un orgasme est un enjeu pour leur partenaire, comme l'explique Clémence³³ qui a « simulé pendant trois ans » :

On n'a pas forcément toujours des orgasmes de façon... unilatérale, que ce soit notre conjoint qui nous le donne. Et je pense que y'a beaucoup d'hommes qui se sentent en insécurité par rapport à ça. Qu'on puisse, du coup, nous, avoir besoin de se toucher, pour avoir du plaisir.

Le fait de ne pas être indispensable à ce que la partenaire ait un orgasme peut ainsi être insécurisant pour l'homme, l'orgasme n'ayant pas la même valeur s'il est provoqué par la femme elle-même – ce qui a un rôle important dans la persistance de la centralité de la pénétration pénovaginale dans les scripts, comme on le verra *infra*. Clémence souligne d'ailleurs qu'avoir une relation avec un homme pour qui c'était « complètement normal » qu'elle se caresse a été très « sécurisant » et lui a permis « d'atteindre une satisfaction sexuelle beaucoup plus durable ». De la même manière, Jeanne³⁴ – dont le premier compagnon « prenait toute expression de désir particulier comme quelque chose qui le menaçait » – a finalement obtenu beaucoup plus de satisfaction sexuelle en expliquant « en détail » ce qu'elle désirait : « en général ça plaisait à mes partenaires suivants, que j'ai aussi choisis en fonction de ça en fait ». Le discours des femmes tend ainsi à souligner l'importance de la prise en compte de leur plaisir, et être critiques sur d'anciens partenaires jugés *a posteriori* peu ou pas assez attentifs à celui-ci est une manière fréquente de montrer cette importance. Pour les femmes, il apparaît ainsi important de

³² Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

³³ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

³⁴ Journaliste scientifique, 26 ans, en couple non exclusif (méthode d'auto-observation, retrait et préservatifs).

souligner dans l'entretien que leur propre plaisir importe et doit importer à leur partenaire, en reproduisant une norme égalitaire dans les rapports de couple. Se présenter comme portant de l'importance à son propre plaisir, c'est être une femme émancipée – une qualité particulièrement valorisable pour les femmes les plus diplômées qui, plus que les autres, sont sensibles à la diffusion et à la représentation de normes égalitaires, sans que les pratiques afférentes soient toujours effectives. On peut en effet se demander à quel point il s'agit ici d'une mise en scène de la réciprocité pour correspondre au discours dominant qui promeut celle-ci.

Réciproquement, du côté masculin, pour correspondre à ces normes égalitaires il apparaît valorisant de se présenter comme faisant passer son propre orgasme, voire son plaisir, au « second plan » :

Enquêtrice : Et vous avez l'impression que votre plaisir à vous est important aussi pour vos partenaires ?

Sébastien : Oui, il l'est ! Pour moi il est de second ordre. [...] Parce que je cherche à apporter du plaisir à l'autre. Donc moi, mon but à moi est de l'apporter à l'autre. Si l'autre cherche à me l'apporter, tant mieux, si elle ne cherche pas à l'apporter, c'est pas grave. C'est pour ça que c'est au second plan.

Le fait de se présenter comme n'espérant rien du rapport en termes de plaisir serait plus difficile pour une femme, dont il est attendu qu'elle mette en avant son propre plaisir pour ne pas avoir l'air dominée par son partenaire. Au contraire, c'est non seulement possible mais valorisant pour Sébastien. Ce discours témoigne néanmoins de l'inégalité qui sous-tend le rapport sexuel : en acceptant d'avoir ce rapport, sa partenaire semble avoir déjà fait sa « part » du contrat, d'où le fait qu'il n'attende rien de plus – alors que lui « doit » encore quelque chose. Ce discours est ainsi valorisé par les femmes elles-mêmes, comme Caroline³⁵ :

Enquêtrice : Et votre mari c'est pareil, il aime pas si [le plaisir] c'est que dans son sens à lui, à l'inverse ?

Caroline : Et mon mari c'est l'inverse mais c'est pire que moi, c'est que mon mari il est plus dans le don que dans... C'est-à-dire que lui il ne supporte pas si je jouis pas. C'est-à-dire que lui il me ferait jouir volontiers, même si lui rien, si lui il a pas envie quoi.

Caroline présente ici de manière positive le fait que son mari ait un rapport sexuel permettant de la faire jouir « même si lui il a pas envie » – on voit là encore le double standard en la matière. Il transparaît également dans le discours de Joséphine³⁶, qui revient sur une période où elle faisait plus attention au plaisir de son partenaire en dénigrant cette époque :

J'avais l'impression de me libérer, d'être super aventureuse, etc., et en fait je me rends compte que j'étais beaucoup plus attentive à la satisfaction sexuelle de mon partenaire que ma satisfaction sexuelle à moi, je pense. Donc ça c'est vraiment aussi quelque chose qui a changé dans mon rapport à la sexualité.

³⁵ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

³⁶ Chargée de projet dans le milieu du spectacle, 32 ans, en couple non exclusif (retrait et préservatifs)

On retrouve bien ici la tension d'un ethos égalitaire dont les manifestations sont genrées. Pour les hommes, revendiquer une plus grande attention au plaisir de leurs partenaires est l'occasion de se mettre en valeur. Les femmes, au contraire, sont contraintes de jongler entre revendications d'un plaisir personnel au moins égal à celui de leur partenaire et mises à distance de la norme de l'orgasme obligatoire – des injonctions parfois contradictoires qui peuvent rendre difficile un discours sur la sexualité.

Si la réciprocité informe les scripts de la sexualité contemporaine, elle demeure largement hétéronormée. L'orgasme masculin est naturalisé, alors que celui des femmes, considéré comme plus difficile d'accès, est à la fois constitué en but à atteindre pour les hommes et susceptible d'être passé au second plan par les femmes. Mais pour comprendre cette hiérarchie genrée des orgasmes dans le script sexuel, il faut maintenant s'intéresser à une pratique qui est centrale pour celui-ci, alors même qu'elle ne procure pas un orgasme aussi sûrement aux femmes qu'aux hommes : la pénétration pénovaginale.

2 Comment la pénétration pénovaginale hiérarchise les scripts sexuels

Dans son essai publié en 1984 et visant à proposer une « théorie radicale de la politique de la sexualité », l'anthropologue états-unienne Gayle Rubin met au jour l'existence d'un système de « hiérarchie sexuelle », dans lequel « les pratiques sexuelles de rang inférieur sont dénigrées comme autant de maladies mentales ou de symptômes d'une mauvaise intégration personnelle » (Rubin 2010a [1984], p. 159). Elle poursuit :

La sexualité qui est « bonne », « normale » et « naturelle » devrait idéalement être hétérosexuelle, conjugale, monogame, procréatrice et non commerciale. Elle doit s'exercer à l'intérieur d'un couple ayant une relation stable, à l'intérieur d'une même génération, et à la maison. Elle ne doit pas avoir recours à la pornographie, aux objets fétichistes, aux *sex toys* de tous ordres, ou à des rôles autres que ceux d'homme et de femme. Tout acte sexuel qui transgresse ces règles est « mauvais », « anormal » et « contre-nature ». (Rubin 2010a [1984], p. 159-160)

On peut néanmoins opposer à Gayle Rubin que ce n'est pas tant la dimension procréative du script hétérosexuel qui le place en haut de cette hiérarchie sexuelle que sa capacité à *mimer* celle-ci, alors même que la diffusion de la contraception a permis de distinguer sexualité hétérosexuelle et risque reproductif. C'est ainsi une sexualité non reproductrice, *mais qui pourrait l'être*, qui est la sexualité « normale » : une sexualité centrée sur la pénétration pénovaginale.

On peut s'interroger alors sur la place qu'occupe la pénétration dans un script hétérosexuel dont on a vu qu'il était basé sur la réciprocité. Pour cela, il faut interroger l'articulation de ce script de la « bonne sexualité » avec une de ses conditions principales : une contraception efficace et détachée de l'acte sexuel. Qu'advient-il alors du script quand, avec les contraceptions alternatives, ses bases naturalisées vacillent ? La mise en évidence d'une hiérarchie des scripts sexuels doit finalement être resituée dans les rapports de genre qui la fondent.

2.1 La contraception, indispensable au script de la « bonne sexualité »

Ainsi qu'on l'a vu, les femmes ont plus de difficultés que les hommes à atteindre systématiquement l'orgasme lors de leurs rapports. Cette difficulté est considérée comme « naturelle » par la majorité des enquêté·e·s, la sexualité des femmes apparaissant comme plus complexe et nécessairement indexée à leur situation émotionnelle (alors même que certaines femmes interrogées arrivent rapidement et systématiquement à l'orgasme en se masturbant, sans y parvenir lors des rapports). Cette interprétation essentialisante empêche en fait d'interroger l'efficacité des différentes pratiques sexuelles en ce qui concerne le fait d'avoir, non seulement du plaisir, mais également un orgasme. Or, d'après l'enquête CSF, près de la moitié des femmes et un peu plus d'un tiers des hommes déclarent que ce sont les caresses mutuelles (et non d'autres pratiques, en particulier la pénétration vaginale) qui leur apportent le plus de plaisir (Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 365). Comment expliquer alors que le script ne s'organise pas autour de ces caresses, ou du moins que ce ne soit pas le cas de scripts alternatifs largement répandus ?

2.1.1 La centralité de la pénétration pénovaginale

La centralité de la pénétration se donne à voir au niveau juridique, comme le notait déjà en 1984 Gayle Rubin, selon laquelle « la seule pratique sexuelle adulte qui soit légale dans tous les États américains, c'est l'introduction du pénis dans le vagin pour un couple marié » (2010a [1984], p. 175). Si la situation n'est pas aussi extrême dans le cas français contemporain, il n'en reste pas moins que le juriste Daniel Borillo aboutissait également, au début des années 2000, au constat de la prééminence de cette pratique dans le droit français. Il note en effet que « la “pénétration pénis-vagin” [...] constitue le canon permettant de mesurer les autres sexualités “périphériques” » et que l'« idéologie de la suprématie du coït hétérosexuel monogame à finalité reproductive est constamment (re)produite par la jurisprudence et la doctrine des juristes » (Borillo 2004, p. 185). Néanmoins, si l'on s'intéresse à la définition du viol, on peut noter que la loi n° 80-1041 du 23 décembre 1980 l'a élargi à « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-23 du code pénal ; l'idée de « menace » n'a été ajoutée qu'en 1994). Cependant, même si ce n'est pas nécessairement de pénétration vaginale dont il est question, ni forcément par un sexe masculin en érection (Virgili 2011), la dimension pénétrative demeure centrale dans la définition légale du viol.

La force contemporaine de l'impératif de la pénétration dans l'acte sexuel se manifeste également dans les entretiens. Lorsque les enquêté·e·s parlent de « faire l'amour », c'est généralement à la pénétration vaginale qu'ils et elles font allusion, ce qui vient avant cette pénétration étant relégué sous l'appellation « préliminaires ». Ainsi Laurent³⁷, qui a principalement des rapports non pénétratifs pour éviter d'avoir à utiliser un préservatif lors de ses relations occasionnelles, n'en demande pas moins

³⁷ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

confirmation auprès de moi de ce que j'entends par « rapport sexuel » lorsque je lui demande d'en décrire un dont il conserve un particulièrement bon souvenir (« Euh... Un rapport sexuel... Donc y'a pas forcément pénétration on est d'accord ? ») et rend compte d'un de ses rapports pénétratifs avec une ancienne partenaire en indiquant : « J'ai quand même fait l'amour avec elle normalement. » De son côté, si Colin³⁸ évoque comme l'un de ses meilleurs souvenirs une masturbation par une partenaire, comme il n'y a pas eu pénétration il considère qu'il ne s'agit pas d'un « rapport » ; et le fait que cela lui soit arrivé plusieurs fois, contrairement à ce qu'il affirme d'abord, est présenté comme indépendant de sa volonté :

Enquêtrice : Tu te souviens d'une fois où [le rapport sexuel] s'est particulièrement bien passé, dont t'as un bon souvenir ?

Colin : [...] Après peut-être... Peut-être une fois qui sort un peu du lot, mais vaguement, puis je saurais pas dire pourquoi, c'est juste la sensation qui était particulièrement décuplée, mais c'était sans rapport. C'était juste... sans rapport.

Enquêtrice : C'est-à-dire sans rapport ?

Colin : Ah, c'était... masturbation...

Enquêtrice : Avec une fille ?

Colin : Ouais.

Enquêtrice : Et ça t'arrive fréquemment d'avoir juste des rapports où... enfin, sans pénétration, quoi ?

Colin : Non.

Enquêtrice : Non, là c'était juste... un cas particulier ?

Colin : Ouais, ça arrive, en fait... Ça m'est arrivé peut-être une dizaine de fois. Parce que, en fait... Ça commence comme ça, et puis ça peut s'arrêter comme ça. C'est pas forcément pour des raisons de règles ou autre, ça peut être juste parce que c'est des préliminaires qui vont jusque-là.

Ainsi, les rapports non pénétratifs sont présentés comme des « préliminaires » et non comme des rapports complets – et ils sont facilement mis de côté et considérés comme n'étant pas vraiment des rapports, même lorsqu'une telle situation a eu lieu à plusieurs reprises. Cela pose d'ailleurs problème à Kirsten³⁹, pour laquelle la pénétration est assez rare du fait des douleurs provoquées par son endométriose mais aussi parce que ce n'est pas ce qu'elle et son compagnon préfèrent :

Enfin déjà avant je considérais pas les préliminaires comme étant des préliminaires mais plus comme faisant partie de l'acte, en tant que tel. [...] Du coup en fait c'était marrant parce que quand j'en parlais à certaines de mes copines elles me disaient « Ouais mais du coup vous couchez pas vraiment ensemble ? » « Si, si si ! » (petit rire)

Lorsque la norme de la pénétration n'apparaît pas suffisamment incorporée, c'est l'entourage qui peut se charger de rappels à la norme qui sont tant des rappels à l'ordre sexuel qu'à celui du genre, pénétrer ou se faire pénétrer signalant une bonne masculinité, une bonne féminité et une bonne conjugalité. C'est d'autant plus intéressant que la prégnance de cette pratique semble relativement indépendante du plaisir qui peut en être tiré : ainsi, « alors que ce n'est la pratique préférée que pour moins de la moitié des femmes comme des hommes, plus de 80 % déclarent la pratiquer souvent »

³⁸ Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

³⁹ Étudiante, 25 ans, célibataire (implant contraceptif).

(Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 367). Par ailleurs, la centralité de la pénétration vaginale dans le script se donne à voir dans le fait que même lorsqu'elle ne constitue par la pratique préférée déclarée, elle continue à être pratiquée aussi souvent, contrairement à la fellation et au cunnilingus dont la fréquence diminue (*Ibid.*, p. 366 tableau 4). Comment analyser alors cette persistance, et comment s'articule-t-elle avec l'ouverture du répertoire sexuel ?

2.1.2 Des pratiques diversifiées mais hiérarchisées

La fréquence de déclaration des actes non pénétratifs a progressivement augmenté tout au long de la fin du XX^e siècle et du début du XXI^e : « la proportion de personnes de 30 à 49 ans qui ont régulièrement des pratiques de sexualité orale [...] passe d'environ une sur cinq en 1970 à trois sur quatre en 2006 » (Bozon 2014, p. 60). Ainsi, selon CSF, ce sont 80 % des femmes et 83 % des hommes qui ont déjà fait l'expérience de la fellation et un peu plus de la moitié de chaque sexe en déclare une pratique régulière au cours des douze derniers mois ; concernant le cunnilingus, ce sont 86 % des femmes et 85 % des hommes qui l'ont déjà expérimenté, et sa pratique régulière est déclarée par 58 % des premières et 61 % des seconds (Bozon 2008a, p. 275). Ce qui frappe, c'est « le caractère mutuel de la pratique, qui traduit un engagement partagé et réciproque des partenaires » (Bozon 2014, p. 60) et qui s'inscrit dans un échange des plaisirs devenu une norme partagée, même s'il demeure hétéronormé. Le développement de la masturbation réciproque et des pratiques orales en fait des actes classiques et attendus du répertoire sexuel – et donc du script sexuel. Néanmoins, quelques différences persistent selon les milieux sociaux, en particulier en ce qui concerne la fellation, moins déclarée comme une pratique régulière par les femmes ouvrières (moins de 60 %) que par les femmes appartenant aux professions intellectuelles, cadres des entreprises et artisanes-commerçantes (plus de 80 %), ce qui peut être interprété comme « le maintien chez les femmes de milieu populaire d'une réticence spécifique à l'égard de pratiques hédonistes non reproductives » (Bajos et Bozon 2012a, p. 38). La diversification des actes sexuels semble cependant en expansion.

Le fait que ces pratiques soient « devenues une composante très ordinaire du répertoire sexuel des individus et des couples » (Bozon 2008a, p. 276) se donne à voir dans les résultats de l'enquête CSF, selon lesquels « les caresses mutuelles sont pratiquées pour le plaisir qu'elles procurent en soi et [...] sont même parfois au cœur de la séquence sexuelle » (Andro et Bajos 2008, p. 308). Si l'on en croit les entretiens, néanmoins, elles semblent conserver une place inférieure dans la hiérarchie des pratiques, comme en témoigne par exemple Fabrice⁴⁰ :

Les préliminaires ça fait vraiment partie, enfin se toucher, se sentir, se frotter, ça fait partie de l'acte, pour moi. Je pense que c'est indispensable pour la partenaire, pour qu'elle prenne du plaisir, à mon avis, donc... Voilà. Oui, si, enfin j'y attache de l'importance, et puis j'aime bien, en plus, enfin c'est pas déplaisant quoi ! (rire) Et

⁴⁰ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

quand y'a une réponse de l'autre côté, voilà, c'est... C'est très appréciable, donc... Je pense que ça fait autant partie de l'acte que la pénétration en soi.

Fabrice semble se sentir obligé de justifier le fait que les « préliminaires » soient aussi importants dans le script que la pénétration elle-même, en arguant en particulier de leur importance pour sa partenaire, pour laquelle c'est « indispensable » alors qu'il ne les présente pas ainsi pour lui. Il semble conscient que la mise en scène de l'échange conjugal des plaisirs ne peut se faire qu'en soulignant l'importance des pratiques autres que la pénétration dans le script adopté, mais ce faisant il entérine leur statut inférieur dans celui-ci. Néanmoins, leur présence est une évidence pour lui comme pour la majorité des enquêté-e-s. Cela s'explique sans doute parce qu'une partie des enquêté-e-s, et en particulier les hommes recrutés à l'occasion de tests de dépistage, ont plus de partenaires sexuel-le-s que la moyenne ; or, « les femmes et les hommes les plus actifs sexuellement sont aussi ceux qui ont le plus de pratiques non pénétratives » (*Ibid.*, p. 300). Elles n'en demeurent pas moins globalement très répandues.

Mais tout le répertoire sexuel n'est pas concerné par cette ouverture, et la hiérarchisation touche plus encore les pratiques moins répandues. Si l'on s'intéresse à la pénétration anale d'une femme par un homme, on remarque ainsi à partir de CSF que la pratique « se diffuse lentement, sans se banaliser ni entrer dans le répertoire ordinaire des couples » (Bozon 2008a, p. 276). La part de femmes déclarant en avoir fait l'expérience passe de 24 % à 37 % entre 1992 et 2006, celle des hommes de 30 % à 45 %, ce qui peut s'expliquer par une « plus grande facilité à déclarer » (*Ibid.*) plutôt que par une augmentation réelle de la pratique (qui demeure par ailleurs plutôt occasionnelle que régulière). Cette pratique non reproductive semble occuper le bas de la hiérarchie sexuelle⁴¹, en particulier pour les femmes, comme en témoignent les modalités d'utilisation du préservatif lorsqu'elle est pratiquée.

Pour certain-e-s enquêté-e-s, le script de la sodomie implique en effet le préservatif alors même que celui-ci n'est plus utilisé dans le cadre de la relation conjugale. Une première raison avancée est une raison hygiénique, comme pour Laura Li⁴² à qui cela semble « plus propre » et qui n'est « pas sûre que la muqueuse soit résistante aux bactéries qu'il peut y avoir dans le rectum », Domenico⁴³ qui revendique des raisons « hygiéniques et sanitaires » ou encore Nicolas⁴⁴ pour qui « c'est peut-être pas forcément l'endroit le plus propre du corps ». Une autre raison de l'utilisation du préservatif est citée par Guillaume⁴⁵, qui le trouve indispensable « uniquement pour le lubrifiant », celui-ci ne semblant pas pensable seul. La raison de l'utilisation du préservatif concerne alors le cœur même du script, dans la

⁴¹ C'est également le cas de pratiques beaucoup moins répandues, comme le *fist-fucking*, objet récemment d'un ouvrage publié dans une maison d'édition de recherche, La Découverte (Marco Vidal 2015) et écrit par un auteur se présentant comme « professeur de philosophie, écrivain, critique » mais qui a préféré publier son ouvrage sous pseudonyme « pour affronter plus librement le public » (source : <https://editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Fist-9782355220869.html>, consulté le 27 mars 2019).

⁴² Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

⁴³ Employé dans une AMAP, 30 ans, en couple (retrait).

⁴⁴ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

⁴⁵ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

mesure où le lubrifiant aide la pénétration anale. Mais une autre justification est donnée par Julien⁴⁶, qui pourtant n'apprécie pas du tout l'utilisation de préservatifs pour la pénétration vaginale car il a alors l'impression de ne pas être « à 100 % » avec sa partenaire dans ce cas. Or, en utiliser pour la pénétration anale ne lui pose pas de problème :

Est-ce que ça [le fait de porter un préservatif] change quelque chose, euh pour d'autres pratiques... Mmm... Je dirais que... toujours oui, sensoriellement, mais enfin franchement c'est pas, pour le coup, par derrière c'est, enfin chais pas, c'est vrai que c'est différent. Ça me dérange moins, parce que je comprends c'est quand même plus spécial... pour elle, euh... Et que... Enfin si ça peut... Comment dire, lui faire plaisir, enfin la, l'arranger, etc. ben y'a pas de problème, enfin... Ça me dérange pas vraiment.

La sodomie étant une pratique moins courante (« plus spéciale ») que la pénétration vaginale, on a l'impression qu'il « échange » l'usage de cette pratique contre son accord pour porter le préservatif pour « faire plaisir » à sa partenaire, dans une logique renouvelée d'échange de l'acte sexuel contre autre chose (Tabet 2004) – ici, de l'hygiène et du confort pour sa partenaire. La dimension qu'il nomme « sensorielle » passe ainsi au second plan devant la possibilité offerte par le préservatif d'avoir accès à une pratique rare et que certaines femmes peuvent juger humiliante. Quant à la pénétration anale de l'homme par les doigts de sa partenaire ou par un objet, la possibilité de sa déclaration n'apparaît même pas dans le questionnaire de CSF. Le plaisir prostatique masculin reste certes difficile à avouer, un tel aveu étant susceptible d'assimiler l'homme qui le fait à un homosexuel et, donc, de le déchoir d'une partie de sa masculinité (Clair 2012b) (voir également chapitre 2, section 2.2.2.2). Mais lorsque la structure même de l'enquête ne le permet pas, c'est bien d'une invisibilisation extérieure de la pratique qu'il s'agit et non du seul effet de la honte. La diversification du répertoire sexuel se fait ainsi dans le cadre de rapports de genre et de plaisirs hiérarchisés.

On assiste donc à une ouverture indéniable du répertoire sexuel à des pratiques non reproductives, même si elle reste partielle et hiérarchisée. Les pratiques buccogénitales, en particulier, ont aujourd'hui une place légitime dans un script dont elles constituent les préliminaires attendus. Mais si les pratiques non pénétratives sont insérées dans le script hétérosexuel, le fait qu'elles ne soient pas considérées comme centrales rend malaisé à penser un script qui ne se composerait *que* de telles pratiques, et qui serait donc par nature « inférieur ». Mettre en évidence de tels scripts reste d'ailleurs difficile car ils sont invisibilisés par les individus eux-mêmes, comme le montre l'enquête CSF :

Quand les personnes interrogées sont invitées à décrire leur dernier rapport sexuel, alors même que la question précisait qu'il pouvait y avoir eu ou non pénétration, toutes se sont référées à un rapport pénétratif. Or, une personne sur trois, interrogée explicitement sur ce thème, déclarait, plus loin dans le questionnaire, avoir souvent ou parfois des rapports sexuels sans pénétration. (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 552).

⁴⁶ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

Si les individus ont parfois des scripts uniquement non pénétratifs, ils ne les considèrent pas forcément comme un rapport sexuel à part entière. Il semble que c'est toujours la présence de la pénétration pénovaginale, qui occupe donc la place la plus haute dans la hiérarchie des pratiques sexuelles, qui indique que l'on peut considérer le rapport comme un « vrai » rapport sexuel. C'est d'autant plus surprenant lorsque l'on s'intéresse aux pratiques préférées des individus. L'enquête CSF interroge la propension des hommes et des femmes à ressentir du plaisir grâce à différentes pratiques sexuelles. Or, les femmes sont un tout petit plus nombreuses à déclarer que ce sont les caresses mutuelles plutôt que la pénétration vaginale qui leur procurent le plus de plaisir (44 % contre 41 %), alors que c'est l'inverse, et de manière nettement plus marquée, pour les hommes (35 % contre 49 %) (Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 365). Si l'on s'intéresse uniquement aux personnes déclarant avoir des rapports exclusivement non pénétratifs « souvent » ou « parfois », l'écart est un peu plus marqué pour les femmes (45 % contre 37 %) et équivalent pour les hommes (35 % contre 47 %). Pourquoi, alors, la pénétration demeure-t-elle centrale dans les scripts ?

2.1.3 La contraception, une pratique au cœur du script hétérosexuel

Prendre en compte le développement de la contraception médicale est indispensable pour comprendre la sexualité hétérosexuelle contemporaine. Or, le fait que la diffusion de la contraception ait encouragé un certain type de scripts ne résulte pas d'un heureux hasard, comme l'explique Christine Delphy :

« Tout le monde depuis vingt ans, y compris les féministes, dit : « Avec la contraception, avec la liberté de l'avortement mais surtout avec la liberté de la contraception, maintenant enfin et au bout de cinq mille ans, la sexualité est dissociée de la reproduction. » [...] Il y a une objection [...] fondamentale à l'idée que sexualité et procréation sont naturellement liées et qu'il faut un effort humain pour les dissocier. Cette objection c'est que *l'on présuppose que la sexualité humaine est naturellement hétérosexuelle et naturellement d'un type fécondant*. Or, bien au contraire, il faut un effort humain, un effort culturel pour que les possibilités sexuelles des êtres humains soient canalisées vers un type de sexualité qui produit éventuellement la fécondation et la reproduction. [...]

On commence par faire en sorte que les possibilités d'activité sexuelle, qui sont multiples, de chaque être humain, soient dirigées vers une seule sorte de rapport ; on interdit toutes les autres formes de rapports, l'homosexualité, l'autoérotisme, mais aussi les rapports hétérosexuels non coïtaux ; on canalise tout vers cette forme de sexualité qui est la seule fécondante. Ensuite, et c'est assez drôle, on s'en plaint. Et il faut avoir recours à la contraception d'une façon massive ; mais uniquement parce que ce rapport très particulier qu'est le coït bénéficie d'une couverture médiatique et d'une publicité massive également. (Delphy 2001 [1988], p. 74-76)

Le développement de la contraception est d'abord une nécessité entraînée par une pratique culturelle spécifique, la pénétration pénovaginale. Mais ce développement contribue depuis à la diffusion de la prééminence de cette pratique, en la faisant apparaître comme « naturelle » dans le cadre de la sexualité hétérosexuelle contraceptée. C'est également ce que dénonce la chercheuse canadienne Louise Vandelac dès 1981, dans un article intitulé « Contraception autoroute pour sexualité bolide » :

Nous avalions donc la pilule, l'irresponsabilité croissante des gars face à leur paternité, la banalisation des rapports amoureux et trop souvent la réduction de la sexualité à la pénétration-éjaculation, le reste ne devenant que diversions, perversions ou préparatifs d'usage avant de passer au plat de résistance... (Vandelac 2004 [1981], p. 518)

La pénétration pénovaginale est ainsi confirmée dans son statut de « plat de résistance » indispensable, au détriment de pratiques sexuelles pouvant être considérées en elles-mêmes comme « contraceptives » : le retrait, la pénétration anale, la masturbation réciproque, les pratiques buccogénitales ou encore des pratiques permettant « une vie sexuelle avant le coït, largement indépendante de sa réalisation » (Lagrange 1998, p. 141). Cette possibilité d'éviter la pénétration pour ne pas risquer une grossesse non désirée est d'ailleurs à l'origine d'un slogan du MLF que me rapporte Thérèse⁴⁷ au cours de son entretien, et selon lequel le plus efficace n'est pas tant de changer de pratique que de type de partenaire sexuel·le : « Mieux que la capote anglaise, la lesbienne française. » Mais cette nécessité de chercher des alternatives sexuelles plus sûres semble disparaître avec l'arrivée des méthodes médicales de contraception.

Développer la contraception, via les « objets sexuels » que sont la pilule ou le DIU, c'est ainsi prendre acte de la centralité de la pénétration et contribuer à promouvoir cet acte sexuel en particulier. Ce résultat s'observe également avec d'autres méthodes médicales, comme la vasectomie :

Se sentir libéré par une stérilisation réduit en effet dans le même temps la sexualité à la seule pénétration/éjaculation vaginale. [...] La stérilisation n'offre pas la possibilité d'une remise en question de cette pratique sexuelle. (Charton 2014, p. 71-72)

Néanmoins, les méthodes de contraception médicales distinctes de l'acte sexuel ne sont pas les seules susceptibles de consolider la centralité de la pénétration.

Après la diffusion de la contraception médicale, c'est celle de l'utilisation du préservatif, consécutive à l'épidémie de VIH, qui a contribué à naturaliser la place de la pénétration dans le script sexuel. On l'a vu au chapitre 7, le préservatif a un rôle de « signal » : attraper le préservatif c'est initier le moment de la pénétration, et donc la fin d'une première partie du script qui est constitué de ce que les enquêté·e·s désignent généralement sous le terme de « préliminaires ». Laura Li⁴⁸ le souligne très bien lorsqu'elle rapproche son utilisation du lubrifiant de celle du préservatif :

Je suis en train de penser, je m'étais pas rendu compte, que le lubrifiant est devenu un peu le nouveau préservatif, dans le sens où... Bon bah c'est quand on attrape la bouteille de lubrifiant qu'on sait qu'on va coucher avec l'autre.

À nouveau, « coucher avec l'autre » se résume à la pénétration, quoi qu'il ait pu se produire en amont. Or les campagnes de promotion du préservatif, en ce centrant pour les hétérosexuel·le·s sur la pénétration vaginale (la fellation étant généralement ignorée de ces campagnes, de même que la pénétration anale), ont conforté cette prédominance de la pénétration, là où le *safer sex* aurait pu

⁴⁷ Enseignante-chercheuse retraitée, 83 ans, célibataire.

⁴⁸ Étudiante, 23 ans, en couple (pilule).

occasionner le développement de nouveaux répertoires. On le perçoit dans une enquête par entretiens menée entre 1988 et 1991 auprès d'environ 200 jeunes en Grande-Bretagne :

Les récits de leurs relations sexuelles étaient guidés par la définition de la « bonne sexualité » comme l'acte de pénétration vaginale commençant lorsque l'homme est excité et se terminant après qu'il a eu un orgasme⁴⁹. (Holland et al. 1998, p. 5)

La centralité de la pénétration vaginale, qui s'inscrit dans des rapports de genre faisant de l'homme l'acteur central de l'acte sexuel, est ainsi attestée alors que s'accélère la diffusion du VIH. Une des études de l'époque porte précisément sur cette question : cette recherche néo-zélandaise, menée au milieu des années 1990, s'appuie sur des entretiens avec 15 hommes et 15 femmes et s'inscrit dans le cadre d'un « projet de recherche plus large visant à explorer la viabilité d'une promotion du sexe sans pénétration vaginale comme option d'une sexualité plus sûre⁵⁰ » (McPhillips, Braun et Gavey 2001, p. 230). Elle aboutit à une conclusion semblable à la précédente étude citée : « l'impératif coïtal semble bien incroyablement difficile à remettre en cause », d'autant plus qu'il est « renforcé (entre autres) par les discours de la biologie, de la psychologie évolutionniste, de la psychologie et de la religion⁵¹ » (*Ibid.*, p. 240). En France, l'enquête ACSF pose en 1992 une question qui s'inscrit dans la même veine, en proposant aux répondant-e-s d'indiquer s'ils et elles seraient, dans une démarche « contre les MST et le sida », prêt-e-s à « abandonner la pénétration dans [leurs] rapports sexuels avec de nouveaux partenaires ».

Tableau 21. Réponse à l'affirmation : « J'abandonnerai la pénétration dans mes rapports sexuels avec de nouveaux partenaires » (en %⁵²)

	Hommes	Femmes
Certainement	17,3	21,0
Peut-être	8,7	10,4
Certainement pas	66,7	51,0
Ne sait pas	2,5	4,7
Non réponse	4,8	13,0
Total	100	100

Champ : hommes et femmes de 18 à 69 ans.

Source : données de l'enquête ACSF, 1992.

Les deux tiers des hommes et la majorité des femmes s'opposent à l'idée d'abandonner la pénétration – mais un quart des hommes et près d'un tiers des femmes ne sont pas complètement opposé-e-s à l'idée. La question reste cependant uniquement spéculative et les enquêtes suivantes n'ont

⁴⁹ “Accounts of their sexual relations were shaped by the definition of ‘proper sex’ as penetrative vaginal intercourse that starts when the man is aroused and stops after his orgasm [...]”

⁵⁰ “A broader research project that seeks to explore the viability of promoting noncoital sex as a safer sex option.”

⁵¹ “Coital imperative is likely to be incredibly difficult to challenge – sex and intercourse are conflated at the most fundamental level, and reinforced in (among others) biological, evolutionary, psychological, and religious discourse.”

⁵² Groupe ACSF 1998, p. 355.

en fait pas permis d'observer une évolution des pratiques en ce sens, malgré la tendance continue à la diffusion des pratiques non pénétratives. Même la diffusion d'un objet largement vu comme diminuant le plaisir lors de la pénétration ne permet pas de faire vaciller l'emprise de cette pratique sur le script. Mais qu'en est-il alors lorsque c'est la possibilité même de la pénétration qui est remise en cause ?

2.2 Adopter des « scripts inférieurs » ?

Non seulement des scripts de sexualité non pénétrative existent, mais encore sont-ils loin d'être exceptionnels : « 30 % des femmes et 33 % des hommes déclarent souvent ou parfois avoir “des rapports sexuels sans pénétration en dehors des pannes sexuelles” avec leur partenaire sexuel » (Andro et Bajos 2008, p. 306). Par ailleurs, si l'on s'intéresse non pas à la relation actuelle mais aux relations passées, on remarque que « 19 % des femmes et 30 % des hommes ont déjà eu au moins un partenaire sexuel avec lequel ils et elles n'ont eu que des rapports sans pénétration » (*Ibid.*, p. 302). Il importe donc de poser la question de l'autonomie de la sexualité non pénétrative : dans quelles circonstances – et avec quels capitaux – l'écart à la norme pénétrative devient-il possible, et la pénétration peut-elle non pas seulement devenir une pratique parmi d'autres du script, mais bien en disparaître complètement ? On peut également se demander ce qui explique que des scripts de sexualité non pénétrative soient ou non les seuls suivis dans une relation. La question qui se pose est celle de la découverte et de la légitimation de ce type de sexualité. Dans la mesure où elle ne correspond pas à la norme, une contrainte peut être nécessaire pour amorcer de tels scripts. Les récits montrent alors que ces nouveaux scripts peuvent ensuite persister par effet d'hystérèse⁵³, en particulier lorsque les individus se rendent compte qu'ils procurent du plaisir. Une déstabilisation ponctuelle du script sexuel pénétrativo-centré peut donc conduire, sinon à le remettre en cause, du moins à remettre en cause son hégémonie à plus long terme – sans toutefois remettre véritablement en question la hiérarchie des scripts sexuels.

2.2.1 Les « scripts inférieurs » : des scripts contraints ?

La pratique de relations sexuelles non pénétratives n'est pas également répartie dans l'espace social. L'enquête CSF met bien en évidence « la plus grande propension des femmes et des hommes des milieux sociaux les plus favorisés à, si ce n'est vivre, du moins déclarer de telles expériences », et propose comme explication une « aptitude sociale à se distancier de la norme dominante, celle d'une sexualité pénétrative » (Andro et Bajos 2008, p. 304). On peut effectivement penser que la capacité à se distancier des normes en matière sexuelle joue dans l'adoption de scripts non pénétratifs. Ainsi, la corrélation entre « celles et ceux qui ont plusieurs partenaires avec lesquels il n'y a jamais eu de rapports pénétratifs » et « les personnes qui mentionnent le plus de partenaires sexuels au cours de leur vie » (*Ibid.*, p. 303) peut aussi se comprendre comme une mise à distance de la norme de monogamie, selon laquelle la sexualité s'inscrit dans la conjugalité.

⁵³ C'est-à-dire que la conséquence d'une cause persiste alors même que la cause a disparu.

Cette mise à distance de la norme peut aussi se faire avec l'âge. On a vu que passé 35 ans, la pénétration perdait de l'importance en tant que « pratique préférée », tant chez les hommes que chez les femmes (tout en restant en tête chez les premiers). C'est par exemple ce qu'explique Philippe⁵⁴, en réfléchissant sur ses rapports non pénétratifs :

À mon âge, on est capables de se maîtriser, enfin... [...] C'est aussi la place de la pénétration et de l'éjaculation qui a [changé]... Et de la jouissance, où l'on découvre que ça peut être très très agréable de passer plusieurs jours à se découvrir sans se pénétrer, quoi. [...] C'est une occasion de se découvrir autrement, je pense. Voilà. On en reparle quand vous avez 15 ans de plus, quoi ! Vous voyez, c'est autre chose. (petit rire)

Ainsi, selon Philippe c'est son âge qui explique sa facilité à adopter de tels rapports – et le mien qui fait que cela peut être difficile pour moi. La norme deviendrait ainsi plus lâche avec l'avancée en âge, et peut-être avec les évolutions corporelles. En particulier, on pourrait penser que les dysfonctions érectiles peuvent encourager à développer des scripts excluant une pénétration rendue difficile. C'est par exemple le cas pour Marjorie⁵⁵ : son partenaire a des problèmes d'érection, et comme un comprimé de Cialis coûte 12 euros ils n'ont de rapports pénétratifs que « une ou deux fois par mois », ce qui ne lui pose pas problème :

Moi ça me convient, c'est pas quelque chose qui me dérange. C'est pas... c'est pas une fin en soi la pénétration. Y'a vraiment d'autres moyens de s'amuser, donc c'est pas... (rire)

Ainsi, une particularité corporelle diagnostiquée sur un mode problématique peut ne pas l'être pour la sexualité d'un couple. Anne-Cécile Mouget montre d'ailleurs, à partir de son étude de la sexualité d'hommes handicapés moteurs, que l'impossibilité que beaucoup ont à se conformer au script basé sur la centralité de la pénétration pénovaginale les incite à tester d'autres formes de scripts, qui apportent également de la jouissance (Mouget 2016).

Mais ce sont parfois également des contraintes du côté de la partenaire qui entraînent une sexualité non pénétrative, et en premier lieu les règles, comme l'explique Colin⁵⁶ selon qui ses rapports non pénétratifs ont principalement été avec « celles qui pouvaient pas pour des raisons de règles ». Les quelques enquêtes qui ont été menées, aux États-Unis, sur la sexualité pendant les règles⁵⁷, montrent néanmoins qu'une partie des femmes déclarent bien avoir des rapports sexuels avec pénétration pénovaginale au cours de leurs règles. Parmi 1 589 femmes sexuellement actives de 20 à 37 ans interrogées sur le sujet au début des années 1990, un quart déclare par exemple avoir cette pratique

⁵⁴ Écrivain, ancien journaliste, 64 ans, célibataire, un enfant.

⁵⁵ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

⁵⁶ Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁵⁷ L'ouvrage de la journaliste Élise Thiébaud, *Ceci est mon sang*, est l'un des premiers livres consacrés aux règles en France qui soit publié par une maison d'édition universitaire, mais il relève en fait de l'essai. Il ne revient par ailleurs pas sur la sexualité en période de menstruation, si ce n'est à indiquer que « plus de femmes qu'on ne le croit » aiment faire l'amour à ce moment-là de leur cycle (Thiébaud 2017, p. 214) et que les trois religions monothéistes le proscrivent, la femme étant considérée impure à cette période (*Ibid.*, p. 81-83).

(Tanfer et Aral 1996). Une enquête qualitative plus récente montre de son côté que les raisons pour éviter les rapports pénétratifs pendant les règles relèvent de quatre domaines : le manque de confort par rapport à la pratique et le fait de devoir nettoyer ensuite ; le fait que le partenaire ait exprimé son inconfort ; une perception négative d'elles-mêmes par les femmes ; le travail émotionnel nécessaire à la gestion du dégoût de son partenaire (Fahs 2011). On retrouve cette dimension pragmatique dans certains entretiens :

Marjorie : J'ai envie pendant mes règles ! (rire) C'est assez agaçant, mais bon c'est...

Enquêtrice : Du coup vous faites rien pendant vos règles ?

Marjorie : Euh, ça le dérangerait pas, mais... comme parfois c'est assez abondant, moi ça me dérange un peu. Pour la literie, aussi ! (rires) C'est bibi qui fait la lessive !

Le fait que Marjorie souligne que « ça le dérangerait pas » montre paradoxalement que si c'était le cas, cela ne serait pas étonnant. Mais c'est la perspective d'avoir à changer les draps qui décourage Marjorie, et qui peut l'encourager à avoir d'autres types de pratiques (en particulier BDSM, même si celles-ci ne sont pas limitées au moment des règles). Mais l'enquête états-unienne met aussi en évidence les registres des réactions positives vis-à-vis de cette pratique. Ils s'articulent principalement autour, d'une part, du plaisir physique et émotionnel ressenti dans la sexualité au moment des règles et, d'autre part, de la rébellion contre les attitudes de rejet des règles (*Ibid.*). Mais le sang menstruel reste ainsi largement associé à une forme de saleté qui peut provoquer de l'inconfort et du dégoût chez soi ou le partenaire, ce qui explique qu'une partie des enquêtés n'a pas de rapports pendant les règles – sachant que certain·e·s enquêtés distinguent les différents moments des règles correspondant aux variations d'importance des flux.

Indépendamment des règles, d'autres maladies peuvent rendre difficile la pénétration pour les femmes – ce que l'on appelle les dyspareunies⁵⁸ – comme le vaginisme⁵⁹ encore la vestibulite⁶⁰. Dans le cas de Clémence⁶¹, qui a souffert de cette maladie alors qu'elle était en couple, ce sont tous les types de rapports sexuels pouvant lui procurer du plaisir qui ont été arrêtés pendant deux ans, qu'ils soient pénétratifs ou non, car sa vulve était trop douloureuse. Sur de plus courtes périodes, certaines femmes peuvent également souffrir d'une mycose ou encore d'une vulvite⁶². Cela a été le cas à une époque pour Sandrine⁶³ :

Sandrine : Bah je faisais des vulvites à répétition, et puis du coup, ensuite, des mycoses et des cystites. Donc c'était assez compliqué, donc dans ces cas-là, effectivement, on était bien obligés de faire sans préservatif, et sans rien, et sans pénétration, parce que c'était pas possible pour moi quoi. [...]

⁵⁸ Douleur pendant la pénétration pénovaginale.

⁵⁹ Inflammation du vagin.

⁶⁰ Inflammation chronique du vestibule (partie de la vulve située à l'entrée du vagin), qui provoque une sensation de brûlure très forte et très douloureuse au moindre contact avec celui-ci.

⁶¹ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

⁶² Inflammation bénigne de la vulve.

⁶³ Cheffe de service en établissement social, 41 ans, mariée, deux enfants (préservatifs sans latex).

Enquêtrice : Ouais. Et tout ce qui est non pénétratif, c'est juste quand vous pouvez pas, en fait, c'est pas un choix ?

Sandrine : Ouais, c'est ça.

Ici, la sexualité non pénétrative résultait d'une contrainte médicale et cesse lorsque Sandrine a réussi à guérir totalement. On peut également songer à la période post-partum, au cours de laquelle la pénétration peut être douloureuse pour les femmes pendant plus ou moins longtemps (Hirt 2009, p. 54-61). Mais la pénétration peut également être presque impossible pour certaines femmes, comme pour une ancienne petite amie de Thomas⁶⁴ qui avait « un truc qui coinçait anatomiquement qui faisait [qu'il ne pouvait] pas la pénétrer », ce qui rendait impossible le « sexe traditionnel » au profit du sexe « oral », « manuel » ou « intercrural » (« frotter entre les cuisses »). Ainsi, la sexualité non pénétrative apparaît comme un palliatif quand celle-ci est impossible – cependant, même si Thomas souligne que ce n'était « bizarrement » pas frustrant, et même « hyper bien », il ne pense pas qu'il serait capable aujourd'hui d'avoir exclusivement ce type de sexualité : « maintenant que j'ai repris la pénétration avec des gens différents, etc., j'aurais du mal à m'en passer ». Quand elle est contrainte, la sexualité non pénétrative reste considérée comme « inférieure » à une sexualité pénétrative « normale », qui demeure la référence.

Mais peut-on véritablement réduire la pratique de la sexualité exclusivement non pénétrative à une manière de contourner un problème avec la pénétration ? Selon l'enquête CSF, cette explication n'est pas suffisante et en faire une sexualité « par défaut » serait réducteur, car « nombre de personnes ne rapportant aucun trouble de la sexualité ou ne cherchant pas à éviter la période des règles s'y adonnent fréquemment » (Andro et Bajos 2008, p. 307-308). En effet, plusieurs enquêtés-e-s rendent compte de telles pratiques sans qu'il y ait de raison qui pourrait expliquer ce rapport distancié à la norme – ou sans qu'une telle raison ait un jour existé dont les effets auraient perduré. C'est le cas de Fabrice⁶⁵ :

Enquêtrice : Et ça vous est déjà arrivé d'avoir des relations où y'avait pas de pénétration, où y'avait juste des préliminaires ?

Fabrice : Euh... Oui ça... Enfin, avec mon épouse, entre autres, oui, ça nous est arrivé, que... Oh, enfin... Je sais pas... Bah ça se fait comme ça (rire gêné), on programme pas tout ça. Mais oui, ça nous est arrivé, quand on se masturbe... mutuellement... Est-ce que c'était suffisant pour elle, j'en sais rien... Mais... Oui, donc là y'a pas de pénétration.

Enquêtrice : Et c'est quelque chose que vous pouvez trouver frustrant, ou ça peut être bien aussi ?

Fabrice : Non, moi j'aime bien, moi j'aime bien, moi ça me... Au contraire ! Enfin, au contraire... Je préfère ça (petit rire) à une pénétration avec préservatif maintenant, par exemple. Mais même, voilà, se masturber mutuellement, c'est pas déplaisant, je trouve que c'est assez excitant aussi quoi.

Pour Fabrice et sa femme, la pratique de la masturbation mutuelle semble être arrivée au fil du temps, sans qu'ils n'en parlent. Il ne paraît ainsi pas vraiment savoir si ce type de rapports lui convient,

⁶⁴ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

⁶⁵ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

ce qui incite à penser que ce n'est pas une discussion sur les manières de se procurer du plaisir qui a pu aboutir à ce script (de même que sa difficulté à aborder cette question avec moi). Même lorsqu'elle est appréciée, la sexualité sans pénétration n'en est pas pour autant considérée comme aussi légitime que celle suivant un script plus classique.

Si des pratiques non pénétratives peuvent prendre parfois une place centrale dans la sexualité contraceptée médicalement, c'est dans le cadre de méthodes contraceptives moins communes que l'on peut observer une remise en cause plus large de cette pratique comme pratique caractéristique du script hétérosexuel.

2.2.2 Des pratiques de contraception qui légitiment les « scripts inférieurs »

La sexualité aujourd'hui considérée comme « normale » est une sexualité où la femme est disponible sexuellement à tout moment pour la pénétration pénovaginale, car sous contraception médicale. Mais lorsque cette dernière condition n'est pas remplie, comment se redessinent alors les scripts sexuels ?

Une contrainte qui peut pousser à adopter une sexualité non pénétrative est le manque de confort que peut représenter le port du préservatif. Cela se donne à voir dans le fait que « femmes et hommes ont aussi plus souvent des rapports non pénétratifs lorsqu'ils sont dans des relations débutantes avec de nouveaux partenaires », ce qui peut s'expliquer par la création d'une « phase supplémentaire permettant de gérer l'incertitude liée à la nouveauté tout en évitant l'utilisation du préservatif » (Andro et Bajos 2008, p. 306). C'est par exemple ce dont rend compte Antoine⁶⁶, qui considère qu'avoir un rapport sexuel pénétratif avec un préservatif équivaut à faire « un massage au travers d'un t-shirt » et à qui il est déjà arrivé, avec des partenaires occasionnelles, de « ne pas pratiquer la pénétration » parce qu'il « savait que ça allait être bof, quoi ». Mais dans un cadre conjugal également, l'absence de moyens de contraception autre que le préservatif peut mener à l'ajout de scripts non pénétratifs au répertoire sexuel. C'est le cas de Marielle⁶⁷, dont le compagnon ne « raffole pas » du préservatif : « même quand on a des rapports avec préservatif, des fois il lui arrive d'enlever le préservatif, et puis on fait un rapport sexuel sans pénétration ». Dans ces deux cas, le rapport « normal » reste néanmoins celui avec pénétration.

La situation est différente pour Laurent⁶⁸, dont la sexualité avec des partenaires occasionnelles est désormais exclusivement non pénétrative. Or, c'est le fait de ne pas apprécier le préservatif (et d'avoir du mal à rester en érection avec) qui semble avoir été un déclencheur :

Enquêtrice : Pour en revenir aux pratiques non pénétratives, quand est-ce que vous avez commencé à en avoir régulièrement [...] ?

Laurent : Euh... .. Alors ça... Je pense que ça a été progressif... Je pense que c'est largement consécutif au manque de plaisir que je pouvais avoir avec le préservatif...

⁶⁶ Ingénieur, 34 ans, en couple, deux enfants (symptothermie et sexualité non pénétrative).

⁶⁷ Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

⁶⁸ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

C'est quand même relativement récent. [...] Et puis je pense que dans ma tête j'ai réalisé petit à petit que en gros une masturbation féminine c'était quand même beaucoup plus... Enfin, qui était bien faite, parce que c'est pas toujours bien fait mais... (petit rire) Désolé ! C'était quand même beaucoup plus jouissif que de coucher avec un préservatif, quoi. Voilà. Où je sentais pas grand-chose.

C'est ainsi le manque de sensations avec un préservatif qui est au cœur du développement de nouvelles pratiques. Néanmoins, cette sexualité exclusivement non pénétrative s'explique par le fait que Laurent n'a que des partenaires occasionnelles – et il pense que s'il était en couple, il aurait « une vie sexuelle beaucoup plus classique » car « la pénétration sans préservatif, c'est pas si mal ! ». Le script non pénétratif demeure donc un second choix et c'est bien plutôt le fait de ne pas du tout supporter le préservatif ou de ne pas en avoir à disposition qui entraîne des rapports non pénétratifs. On est loin du développement de ce type de sexualité comme un *safer sex* au même type que les rapports avec préservatif : c'est plutôt comme appartenant au domaine de l'exceptionnalité, et circonscrite aux débuts de relations et aux rapports occasionnels, que se présente la sexualité non pénétrative. La situation est différente lorsque l'on s'intéresse aux méthodes d'auto-observation (MAO).

Les MAO impliquent une attention au cycle de la femme, et une organisation de la vie sexuelle autour d'une phase considérée comme infertile et d'une autre où la femme est fertile. Lors de la première phase, les scripts sexuels autorisés sont les mêmes que pour la sexualité contraceptée médicalement, et la pénétration pénovaginale peut être pratiquée. Mais durant la phase « fertile », il faut éviter toute pratique susceptible d'être reproductive : selon les cas, c'est soit l'abstinence périodique, soit une méthode barrière permettant la pénétration, soit le retrait (néanmoins jugé plus risqué), soit des pratiques non pénétratives qui sont choisies. Lorsque ces dernières sont privilégiées, elles passent du stade de « préliminaires » à celui de sexualité à part entière – une sexualité qui a l'avantage d'être intrinsèquement non reproductive. Perdent-elles alors leur statut de « scripts inférieurs » ?

Ce que les entretiens mettent en évidence, c'est que la pratique des MAO a souvent été un déclencheur en ce qui concerne la pratique de cette sexualité non reproductive. La période fertile peut en effet être considérée comme contraignante, et c'est en cherchant à échapper à cette contrainte (et en particulier aux méthodes barrières nécessaires en cas de pénétration) que de nouvelles pratiques sexuelles sont amorcées. C'est ce qu'expliquent plusieurs jeunes femmes pratiquant ces méthodes, comme Émeline⁶⁹ :

Ça a aussi changé notre manière de faire l'amour. Quand on a la flemme de mettre une capote ou le diaphragme, on peut très bien avoir un rapport sans pénétration, ça avant... J'aurais jamais pensé ça, quoi. Que c'était possible.

Avoir un rapport sans pénétration semblait inconcevable à Émeline, et même si celle-ci reste très présente grâce aux méthodes barrières, le fait qu'elle ne soit plus systématique est considéré comme

⁶⁹ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

surprenant. On note le même type de réaction chez Julie⁷⁰, qui compare sa sexualité avant et après son passage à la symptothermie :

Julie : Avant la question se posait pas vraiment, c'était... [...] On n'avait pas vraiment le choix. Parce que enfin pour moi je trouve que le reste ça se faisait pas vraiment, ou c'était pas... pas concevable peut-être pour les hommes. Je sais pas comment expliquer. Ou alors, ouais, la question s'est pas posée. Que là la question elle est obligée de se poser.

Enquêtrice : Ouais... Quand vous dites « le reste », c'est-à-dire ?

Julie : Bah voilà, si on décidait de faire plutôt des câlins poussés, ou... Enfin voilà, disons que la sexualité ça se résumait juste à vraiment faire l'amour. On pouvait pas, enfin moi je pensais pas que ça pouvait aussi se résumer à des relations sexuelles sans pénétration. Par exemple. Voilà. Donc... Je pense que c'est dans ce sens-là que la sympto a été bénéfique... pour moi, en tout cas.

Plusieurs éléments sont intéressants dans le discours de Julie. D'abord, on remarque à nouveau que « vraiment faire l'amour » implique nécessairement une pénétration. Ensuite, il est très clair ici que la présence de cette pénétration dans le script n'a jamais été questionnée avant que Julie et son compagnon ne soient « obligés » de le faire. Elle considère même qu'elle ne pouvait être remise en question, qu'il n'existait pas de « choix » entre un script pénétratif ou non pénétratif. L'impératif de la pénétration pénovaginale apparaît ici de manière extrêmement forte – la jeunesse de Julie contribuant peut-être à le renforcer, dans la mesure où elle n'avait pas encore eu l'occasion de mettre à distance cette norme sexuelle. Enfin, ce qui transparait ici ce sont également les rapports genrés qui sous-tendent le script en ce qui concerne la prise en compte du plaisir sexuel. Pour Julie, si la pénétration n'était pas questionnable ce n'était pas parce qu'elle était indispensable à son propre plaisir mais bien plutôt parce qu'elle ne pensait pas que son partenaire pouvait s'en passer. Et finalement, tester des scripts non pénétratifs, parce qu'ils y ont été « obligés » par cette nouvelle méthode de contraception, a permis de légitimer ces scripts inférieurs et a été « bénéfique » pour son plaisir à elle.

D'autres effets bénéfiques peuvent également être mis en avant par les utilisateurs/trices. C'est le cas d'Aline⁷¹, qui met en avant l'aspect positif des MAO sur la sexualité dans son couple :

Ça nous a créé une libido qui est complètement différente, hein. Franchement on s'est retrouvés à avoir plus d'inventivité, parce que bah t'as pas forcément des préservatifs non plus non-stop dans ton sac. [...] Ouais, on s'est trouvé à développer un peu plus des jeux, on va dire, donc c'était pas désagréable non plus, quoi.

Contrairement à ce à quoi s'attendait Aline, le fait de ne pas pouvoir faire de pénétration sans préservatif pendant la période fertile n'est « pas désagréable » mais a au contraire stimulé leur « inventivité ». Comme me l'explique de son côté Julie, plus tard dans l'entretien, cela permet ainsi de « développer une autre facette de la sexualité », qui peut ensuite prendre place dans le répertoire sexuel, ce dont témoigne également Antoine : « Y'avait pas une attente, ni de ma part ni de sa part, forcément,

⁷⁰ Secrétaire médicale, 24 ans, en couple (symptothermie et préservatifs ou sexualité non pénétrative).

⁷¹ Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal), 30 ans, en couple (symptothermie et préservatifs féminins ou masculins).

d'aller dans la pénétration ces jours-là, puisque on avait tout un tas de champs à explorer. » Antoine et sa compagne pratiquent d'ailleurs, depuis qu'ils ont ces contraintes liées à sa contraception, une sexualité tantrique dans laquelle « on est dans le plaisir mais pas forcément dans l'éjaculation, on n'est pas forcément dans la pénétration », ce qui lui donne désormais « une autre vision de la sexualité » : « j'ai ouvert des portes que je suis pas prêt à refermer » m'explique-t-il, jugeant qu'il serait difficile de revenir à une sexualité plus classique s'il changeait de compagne. Ces nouveaux scripts viennent alors s'ajouter à ceux déjà pratiqués auparavant, sans pour autant les remplacer mais tout en étant considérés comme légitimes.

Comment se décide alors le recours à une catégorie ou une autre de scripts ? Pour les personnes qui pratiquent les MAO, se met en place le plus souvent une périodisation des pratiques qui correspond au cycle de la femme, et qui rythme la vie sexuelle. C'est d'ailleurs également quelque chose qu'apprécie Julie :

Je trouve ça vachement sympa. Parce que tu coup après, quand je repasse en infertile, bah à chaque fois on se redécouvre. C'est vraiment... En fait je dirais, notre sexualité elle est pas linéaire, c'est vraiment un peu un renouveau à chaque fois, on se redécouvre, c'est tout le temps variable. Donc... Je trouve que ça c'est vraiment la partie sympa de la sympto.

Cette absence de linéarité est largement mise en avant par les personnes pratiquant ces méthodes et qui les apprécient – elles rejoignent là des arguments en faveur de l'abstinence périodique (voir chapitre 8).

Néanmoins, le cadre contraignant que cela constitue en termes de rythmes sexuels n'est pas forcément apprécié des personnes interrogées – et peut être difficile à tenir. Cela peut être le cas pour les personnes qui n'apprécient pas la sexualité non pénétrative, comme l'explique Carine⁷², qui avait pourtant « inventé d'autres choses » que la pénétration avec son mari lorsqu'ils pratiquaient les MAO :

On variait. Des fois c'était le retrait, des fois c'était pas de pénétration du tout, ça variait quoi. Mais après, ça c'est, enfin... C'est pas ce qu'on préfère, c'était de temps en temps, pour varier on va dire, mais c'était... Pour nous c'est pas satisfaisant.

Ainsi, c'est le fait de ne pas pouvoir pratiquer la pénétration sans méthode barrière lorsqu'ils le désiraient qui a posé problème à Carine et son mari. La « découverte » positive de nouveaux aspects de la sexualité mise en avant par les promoteurs/trices des MAO n'est pas générale, mais semble plutôt valoir pour celles et ceux à qui ces nouveaux scripts apportent en effet du plaisir – et qui persistent donc leur utilisation de ces méthodes.

La diversification des pratiques sexuelles permet de moduler également les scripts sexuels – mais elle n'en renverse pas pour autant la hiérarchie qui existe entre les scripts « normaux » et des scripts « inférieurs ». De même, si certaines pratiques contraceptives non médicales peuvent encourager à

⁷² Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

diversifier les scripts utilisés lors des rapports sexuels, le script pénétratif androcentré reste la norme par rapport à laquelle les autres sont pensés. Comment expliquer cela ?

2.3 Comprendre la hiérarchie des scripts : plaisir masculin et attachement féminin

Si l'on a parlé jusqu'à présent de « pénétration », il importe maintenant de prendre un instant pour réfléchir à la terminologie employée. Comme l'ont souligné plusieurs chercheuses féministes, il peut être paradoxal de parler de « pénétration » du pénis *dans* le vagin, alors que « c'est lui (son pénis) qui est enfoui dans un autre être humain » et qu'il est « entouré de muscles puissants qui se contractent comme un poing serré et se détendent avec force contre la tendre chose, toujours si vulnérable aussi rigide soit-elle » (Dworkin 2019 [1987], p. 82). On pourrait alors parler de « dévoration », d'« enserrement » ou de « capture » ; mais Michel Bozon note bien que de tels termes restent peu usités et que « cette représentation correspond à une hantise des hommes ou à un fantasme négatif plutôt qu'à une véritable contre-représentation féminine » (1999, p. 16). La prédominance des « métaphores androcentriques » (*Ibid.*) témoigne en fait de la convention selon laquelle la femme est passive et l'homme actif⁷³ :

Il n'y a aucune raison pour que la rencontre d'un pénis et d'un vagin soit décrite en termes de pénétration ou encore comme un processus dans lequel un seul de ces organes est actif. L'équation forcée entre sexe = coït = acte effectué par un homme sur une femme n'est pas la conséquence inévitable d'une relation entre une anatomie mâle et une anatomie femelle, mais le produit des relations sociales à l'intérieur desquelles ces deux corps se rencontrent. (Jackson 1996, p. 19)

Il faut donc être conscient·e qu'employer le terme usuel de « pénétration », pour reprendre les mots tant des enquêtes que des enquêt·e·s, c'est prendre le risque de renforcer la représentation inégalitaire de la sexualité qu'il induit. Mais cette dimension inégalitaire se donne aussi à voir lorsque l'on s'intéresse aux raisons pour lesquelles les hommes et les femmes considèrent généralement la pénétration comme indispensable au script sexuel « normal ».

2.3.1 La pénétration, une pratique au bénéfice des hommes ?

La place prépondérante occupée dans le script hétérosexuel par la pénétration pénovaginale a été étudiée par des chercheuses féministes (pour un point sur le sujet, voir par exemple *Ibid.*, p. 20 et suivantes). Cette pratique relèverait d'une représentation masculine de la sexualité attentive au seul plaisir des hommes au détriment de celui des femmes, et c'est donc le fait que les rapports de genre soient inégalitaires qui aurait permis aux hommes de naturaliser la centralité d'une pratique à leur

⁷³ On retrouve également cela dans les représentations scientifiques de la fécondation, où c'est l'image d'un ovule passif attendant des spermatozoïdes conquérants qui domine, sans que cela ne corresponde à une modélisation exacte (Martin 2018 [1991]).

bénéfice principal. On retrouve cette idée d'une pénétration qui se ferait principalement pour un bénéfice masculin dans plusieurs entretiens de femmes, comme dans celui de Mélanie⁷⁴ :

Enquêtrice : Et vous dites que vous en avez parlé avec Adama [son partenaire], lui c'est quelque chose qui le dérange pas, d'avoir une sexualité non pénétrative ?

Mélanie : Alors, on l'a toujours au bout du bout, mais... En tout cas... Comment dire ? Quand j'ai envie de prendre la main, au début y'a pas forcément une pénétration tout de suite. Et... Je pense pas que ça l'éclate bien, lui de son côté. Donc je fais attention quand même de pas lui faire mal, mais là c'est un moment un peu égoïste pour moi, en disant « Bah écoute... Voilà. J'ai envie de ça », et après y'a forcément pénétration. [...] Mais les meilleurs souvenirs c'est sans pénétration, ouais.

Mélanie distingue les pratiques qui précèdent la pénétration, où il s'agit de son plaisir « égoïste », de celle-ci, qui est plutôt une concession faite à son partenaire, pour « solder les comptes » et que chacun-e y trouve le sien. Mais la concession peut également se faire via une pratique non pénétrative, justement pour éviter la pénétration :

Mélanie : Je me souviens qu'avec mon ex-mari, je faisais en sorte de pas avoir de pénétration.

Enquêtrice : D'accord. Du coup vous aviez quel type de pratique ?

Mélanie : Bah... Je pouvais... J'ai perdu les termes... pas familiers, pardon !

Enquêtrice : Non non c'est pas grave du tout ! (sourire)

Mélanie : Non mais, c'est gênant quand même... Je lui faisais une pipe... (air gêné) Mais c'est pas... J'ai perdu les termes.

Enquêtrice : Une fellation.

Mélanie : Merci. Pardon, je suis vraiment désolée, je vous connais pas et je dis des mots hyper familiers. Euh... Comme ça je savais que... [elle serait tranquille]

Deux points sont importants ici : d'abord, en termes méthodologiques, on remarque la difficulté qu'a Mélanie à aborder avec moi des pratiques qui sont pourtant courantes dans son répertoire – mais sans doute moins dans son discours, surtout avec quelqu'un qu'elle « ne connaît pas » (voir aussi chapitre 2). Ensuite, cet extrait met en évidence le rôle de remplacement que peuvent avoir des pratiques non pénétratives, sans que le but soit d'avoir plus de plaisir, mais bien plutôt dans une perspective qui se rapproche d'un « devoir conjugal » qu'aurait eu Mélanie envers son ex-mari. Pour reprendre les mots de Nicole-Claude Mathieu, Mélanie cède plutôt qu'elle ne consent, dans la mesure où elle est inconsciente des mécanismes de domination sous-jacents à l'interaction (Mathieu 1991 [1985], chap. 5 ; sur la difficulté à « se reconnaître opprimé(e) », voir en particulier p. 60). La pénétration apparaît comme un dû à son compagnon qui, lorsqu'il est refusé, doit être compensé par une concession de sa part.

Les situations rendant les pratiques pénétratives impossibles peuvent donc être considérées par certaines femmes de manière positive. Eugénie⁷⁵ se remémore ainsi la situation avant son mariage, au

⁷⁴ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

⁷⁵ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte ; méthode des températures avec le CLER).

cours de laquelle elle et son fiancé avaient uniquement des pratiques non pénétratives, en jugeant qu'elle était « injuste » pour lui mais pas pour elle :

Presque tout le plaisir sexuel, c'était presque plus facile en fait... Parce que moi c'est pas forcément la pénétration qui m'apporte le plus de plaisir, et du coup les caresses on y était déjà, donc en fait... (petit rire) Je trouve ça un petit peu injuste entre guillemets d'imposer ça [d'attendre jusqu'au mariage pour la pénétration] à l'homme, qui pour le coup est un peu frustré, tandis que... [elle non].

Dans les deux cas, les deux femmes considèrent que la pénétration est une pratique visant à faire plaisir à leur partenaire plus qu'à elles-mêmes. Cette représentation peut d'ailleurs être partagée par les hommes. Jacob⁷⁶ a en effet un discours identique, qui s'appuie encore une fois sur la nécessité de la réciprocité pour justifier la présence des caresses – sans que celle de la pénétration ne soit interrogée :

Les filles avec qui j'ai couché n'ont jamais eu d'orgasme. Avec pénétration. Je crois. Du coup toujours des orgasmes d'autres façons, c'est toujours avec les mains ou la langue, comme ça. ... Et du coup ça me semble important d'y penser. Enfin de faire ça autant que la pénétration. [...] Et que si y'a juste une pénétration je sais que y'a que moi qui ait eu un orgasme, en général. Et ça j'aime pas trop.

Jacob ne semble pas envisager que la pénétration puisse ne pas avoir lieu, mais souligne bien, en suivant la norme de réciprocité, l'« importance » du fait que ses partenaires aient également un orgasme. Lorsque la pénétration n'a pas lieu, l'homme peut d'ailleurs s'estimer spolié, et ce même si les termes de l'accord avaient été conclus en amont dans ce sens. C'est ce qu'explique Philippe⁷⁷, qui passait la nuit avec une femme et n'avait pas prévu de préservatif. Il lui a proposé de s'en passer car il avait confiance – c'était une « maman qui avait l'air bien dans ses bottes » et pas « une jeune fille sans expérience » –, mais elle a refusé et lui a proposé « une nuit de plaisir et de découverte sans pénétration ». Il considère néanmoins finalement qu'il a été floué, car « le matin, elle elle était repue et repartie dans sa réalité, et moi j'étais complètement excité, évidemment », le rapport non pénétratif n'ayant pas été suffisant pour lui. Considérée comme indispensable au plaisir et à l'orgasme masculin, la pénétration n'est généralement pas questionnée, et il est difficile d'accepter qu'elle le soit : les scripts de la sexualité ordinaire sont des scripts androcentrés.

Selon les analyses féministes, cette absence de questionnement de la présence de la pénétration pénovaginale dans le script sexuel s'explique par la force de la structure patriarcale. Louise Vandelac qualifie ainsi l'idée de plaisir vaginal féminin de « quiproquo » :

Ce quiproquo, c'était de croire que notre jouissance était nécessairement liée à la pénétration, alors qu'en fait c'était d'abord et avant tout le contrôle patriarcal sur nos corps depuis des millénaires qui avait soudé cette relation sexualité-pénétration, au point de rendre illicite toute autre forme de jouissance. (Vandelac 2004 [1981], p. 518)

De nombreuses chercheuses féministes hétérosexuelles revendiquent alors d'autres « formes de jouissances », des « pratiques alternatives au sein desquelles "l'acte sexuel" devient un acte parmi

⁷⁶ Doctorant, 26 ans, célibataire (préservatifs).

⁷⁷ Écrivain, ancien journaliste, 64 ans, célibataire, un enfant.

d'autres plutôt que le point d'arrivée prévisible de toute relation hétérosexuelle » (Jackson 1996, p. 20). C'est en particulier par une discussion sur les manières dont les femmes peuvent atteindre l'orgasme que passe la remise en cause de la pénétration. Un des premiers articles sur le sujet, celui d'Anne Koedt, vise ainsi à dénoncer le « mythe de l'orgasme vaginal », considéré, dans la continuité de la pensée freudienne, comme le seul véritable :

Les hommes éprouvent l'orgasme essentiellement par friction contre le vagin, et non la zone clitoridienne, qui est externe, et ne saurait créer cette friction comme le fait si bien la pénétration. Les femmes ont donc été définies sexuellement en fonction de ce qui fait jouir les hommes ; leur physiologie propre n'a pas été proprement analysée. Au lieu de ça on leur a collé le mythe de la femme émancipée avec son orgasme vaginal – un orgasme qui en fait n'existe pas. (Koedt 1970, p. 54-55)

L'idée que l'orgasme des femmes n'est pas vaginal, et ne dépend donc pas de la pénétration, permet de poser les bases d'une remise en cause féministe de la hiérarchisation claire entre « orgasme vaginal » et « orgasme clitoridien », au bénéfice du premier. Mais les travaux les plus récents sur le clitoris remettent en cause cette distinction même, en montrant que le clitoris n'est pas seulement un organe externe, mais qu'il entoure en fait le vagin, ce qui rend inopérante la distinction vaginal/clitoridien⁷⁸ (O'Connell, Sanjeevan et Hutson 2005 ; Foldes et Buisson 2009). Or, cette distinction, qui valorise l'orgasme « vaginal », a pu être source de frustration, comme en témoigne Simone⁷⁹ :

On avait ça en tête, au moment de la libération sexuelle dans les années 1970, [...] y'avait les clitoridiennes et les vaginales. Alors moi j'étais clitoridienne sans problème, je peux me mas[turber]... Y'a pas de problème et tout. Par contre vaginale, c'était pas évident. C'était pas évident. Alors, comme j'ai un esprit un peu compétitif, ça m'agaçait, j'aurais bien aimé être vaginale aussi. Et y'a effectivement pas longtemps, ça m'a aidé je pense de lire ce qu'ils ont découvert, que tout ça c'était idiot.

Le fait de n'avoir jamais réussi à « être vaginale », donc une femme accomplie, mature, a ainsi été problématique pour Simone tout au long de sa vie sexuelle, jusqu'à ce que les dernières découvertes scientifiques balaient cette distinction, à son grand soulagement. Mais toutes les femmes ne sont pas au fait de la morphologie du clitoris, et la persistance des représentations hiérarchisées des orgasmes peut rendre surprenant le fait d'éprouver plus fortement du plaisir à partir de la partie externe du clitoris. C'est ce qu'explique Lucile⁸⁰, qui pensait être « vaginale » mais qui a finalement découvert le « vrai orgasme » :

Au début je me disais « Ah, bah je suis plutôt vaginale finalement », mais finalement je me rends bien compte que quand t'as un vrai orgasme ça vient du clitoris, mais que il se passe quand même un truc dans le vagin, ou je sais pas ce que c'est, mais en tout

⁷⁸ Grâce à la mise en ligne en libre accès en 2017, à l'initiative de la chercheuse indépendante Odile Fillod, des fichiers permettant l'impression 3D du clitoris, son image commence progressivement à se répandre et à devenir plus familière. Voir son site en ligne : <https://odilefillod.wixsite.com/clitoris>, consulté le 28 mars 2019.

⁷⁹ Chercheuse retraitée, 79 ans, divorcée, célibataire, deux enfants.

⁸⁰ Étudiante, 23 ans, célibataire (implant contraceptif, rarement le préservatif).

cas où voilà, moi je trouve que... c'est bien. En effet t'as raison, c'est mieux qu'on soit ici que dans un bar ! (rires)

Si Lucile explique bien que son vagin comme son clitoris participent de son orgasme, elle souligne que c'est du second que « vient » celui-ci. La distinction est toujours opérante entre deux types d'orgasmes, même si c'est au détriment de « l'orgasme vaginal », ce qui a des effets sur les pratiques de Lucile, en rendant indispensables aux scripts celles permettant d'atteindre ce « vrai orgasme ».

L'enquête menée par Shere Hite au début des années 1970, avait d'ailleurs abouti au résultat phare suivant : sur les 3 000 femmes ayant volontairement rempli son questionnaire, « approximativement 30 % [...] pouvaient avoir régulièrement des orgasmes pendant le coït, sans caresse manuelle directe du clitoris au moment de l'orgasme » (Hite 2000 [1976], p. 285). Le succès de son ouvrage a contribué à questionner le postulat de l'orgasme vaginal comme seul orgasme valable et véritable. Ce chiffre sera ensuite largement utilisé, par exemple par Andrea Dworkin, théoricienne du féminisme radical :

[Les femmes] veulent des hommes, de l'amour, du sexe, le coït ; elles veulent l'orgasme ; mais pour la majorité des femmes, sept sur dix, le coït ne cause pas l'orgasme. Les femmes veulent, s'efforcent même d'obtenir l'orgasme par le coït, mais elles n'y arrivent pas. (Dworkin 2019 [1987], p. 143)

C'est la structure hétéronormative de la société qui expliquerait une centralité de la pénétration que la contraception et le préservatif ont contribué à naturaliser, tant pour les hommes – qui y trouvent leur compte – que pour les femmes – pour qui ce n'est pas le cas. Néanmoins, on peut s'interroger sur la solidité scientifique de l'enquête de Hite, et donc sur la représentativité de ses résultats. En effet, il s'agit d'une enquête réalisée sur la base du volontariat, sans échantillonnage : 100 000 questionnaires distribués grâce à des associations féministes, des magazines féminins et un livre sur la sexualité des femmes, et 3 000 réponses obtenues. Par ailleurs, il y a eu plusieurs versions du questionnaire, et la première ne demandait aucune caractéristique sociale (âge, religion, niveau d'étude et profession) afin de ne pas « donner l'impression de classer et d'étiqueter les gens sur une base superficielle » (Hite 2000 [1976], p. 823-828). Seules les caractéristiques sociales d'une minorité des femmes (952, parmi lesquelles seules 16 femmes n'ont pas un niveau d'études secondaires) sont donc disponibles. Enfin, cette enquête est datée (elle a été réalisée entre 1972 et 1975). Il faudrait donc se tourner plutôt vers des données récentes concernant la sexualité contemporaine.

2.3.2 Qui ressent du plaisir grâce à la pénétration ?

L'enquête Fecond 2010 proposait aux femmes de répondre aux questions de savoir si elles parvenaient à atteindre l'orgasme « quand un partenaire [leur] caresse le sexe avec la main ou la bouche » et « par la pénétration vaginale UNIQUEMENT mais sans caresse du sexe », reproduisant ainsi la distinction entre orgasme clitoridien et orgasme vaginal (les hommes devaient indiquer également ce qu'il en était pour leurs partenaires) :

Tableau 22. Modalités d'atteinte de l'orgasme des femmes (en %)

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Pas ce type de pratique	Cela dépend de la partenaire ⁸¹
	Atteinte de l'orgasme par la femme avec des caresses du sexe avec la main ou la bouche					
Femmes	42	31	13	11	3	Non posée
Hommes	54	30	8	4	4	0
	Atteinte de l'orgasme par la femme avec la pénétration vaginale UNIQUEMENT mais sans caresse du sexe					
Femmes	49	29	7	7	8	Non posée
Hommes	54	30	5	3	8	0

Champ : hommes et femmes de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,001

Les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à déclarer que celles-ci atteignent « souvent » l'orgasme d'une manière ou d'une autre, sans que les écarts soient cependant très importants (12 points dans un cas, 5 points dans le second). Pour les femmes, le taux de réponses positives (« souvent » ou « parfois ») concernant l'atteinte de l'orgasme uniquement par la pénétration est très supérieur à celui de l'enquête de Hite (78 % des femmes selon elles-mêmes, 84 % selon les hommes), et les résultats varient peu en fonction de l'âge ou de la PCS (résultats non présentés). Pour le fait d'atteindre le plaisir avec des caresses, par contre, on distingue une différence en fonction de l'âge. En effet, la proportion de femmes à déclarer atteindre « souvent » l'orgasme de cette manière est moins importante chez les plus jeunes : 34 % des 15-19 ans et 42 % des 20-24 ans, contre environ 50 % chez celles de 25 à 49 ans. Cela témoigne peut-être d'une légitimation de ce plaisir avec l'âge, mais également d'une augmentation de l'expérience sexuelle, qui permet de mieux savoir comment accéder au plaisir, ainsi qu'en témoignent plusieurs enquêtées. Par ailleurs, si l'on considère la PCS, c'est également uniquement pour l'orgasme atteint avec des caresses que l'on remarque quelques différences. Les femmes cadres sont par exemple 58 % à déclarer atteindre « souvent » l'orgasme de cette manière, contre seulement 47 % des femmes ouvrières (résultats non présentés). On rejoint ici les résultats de CSF, selon lesquelles les femmes les plus âgées et appartenant aux milieux les plus favorisés sont celles qui sont le plus susceptibles de déclarer apprécier les pratiques sexuelles non pénétratives (Andro et Bajos 2008, p. 308). Néanmoins, les réponses à ces questions sont difficiles à analyser, dans la mesure où une modalité intermédiaire manque : pénétration vaginale ET caresse par son partenaire ou par soi-même.

Mais si certaines femmes ont plus de mal à ressentir du plaisir avec la pénétration seule, on peut se demander si elles souhaitent pour autant remettre en cause sa place centrale dans les scripts. En 1992, l'enquête ACSF cherchait déjà à déterminer un éventuel accord avec les propositions « un rapport sans

⁸¹ Question posée uniquement aux hommes.

pénétration peut être frustrant pour un homme/pour une femme », chaque question étant posée aux enquêté·e·s des deux sexes. Les réponses sont très proches :

Tableau 23. Réponses à la question « Un rapport sexuel sans pénétration peut être frustrant pour un homme/une femme⁸² »

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Ne sait pas
	Un rapport sexuel sans pénétration peut être frustrant pour un homme				
Femmes	33 %	27 %	16 %	15 %	9 %
Hommes	29 %	26 %	23 %	21 %	1 %
	Un rapport sexuel sans pénétration peut être frustrant pour une femme				
Femmes	32 %	24 %	21 %	20 %	3 %
Hommes	26 %	26 %	24 %	16 %	8 %

Champ : hommes et femmes de 18 à 69 ans.

Source : données de l'enquête ACSF, 1992.

La différence entre hommes et femmes est faible, même si ces dernières semblent, que ce soit pour elles ou leurs partenaires, considérer un peu plus qu'un rapport sans pénétration peut être frustrant. Mais ce qui est peut sembler étonnant, c'est cet attachement même à la pénétration, supposée être une pratique qui privilégie le plaisir masculin.

Quatorze ans plus tard, l'enquête CSF permet de comprendre un peu mieux ces chiffres en posant la question dans des termes différents : il s'agit de déterminer si un rapport sexuel sans pénétration peut être frustrant « surtout pour un homme », « surtout pour une femme », « autant pour l'un que pour l'autre » ou « ni pour l'un ni pour l'autre ». La très grande majorité des répondant·e·s choisissent ces deux dernières modalités, avec des chiffres proches (41 % des femmes et 42 % des hommes pour la première, 34 % des femmes et 39 % des hommes pour la seconde). Mais c'est dans le choix entre les deux premières modalités que se dessinent les différences les plus importantes : 16 % des femmes et 10 % des hommes jugent que cela peut être frustrant surtout pour un homme, alors que seulement 4 % des femmes comme des hommes considèrent que cela peut être le cas pour une femme (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 552). Lorsque l'on considère que c'est principalement un·e seul·e des deux partenaires qui est susceptible d'être frustré·e, c'est bien l'homme qui est majoritairement considéré comme la potentielle victime de cette frustration. Finalement, « deux femmes sur trois et six hommes sur dix considèrent qu'un rapport sexuel sans pénétration est frustrant, soit pour les deux partenaires, soit pour l'homme, soit pour la femme » (*Ibid.*, p. 552-553), une proportion qui demeure importante dans tous les cas.

⁸² Groupe ACSF 1998, p. 150-151.

Il est donc nécessaire de s'intéresser également aux déclarations des hommes concernant le type de plaisir permis par la pénétration vaginale. Il s'agit d'une pratique permettant généralement d'arriver à l'éjaculation, qui coïncide souvent – mais pas systématiquement, comme en témoignent certains enquêtés – avec l'orgasme masculin. Le fait de privilégier cette pratique peut aussi être mis en lien avec des représentations de la masculinité, comme l'explique Mélanie⁸³, selon laquelle son partenaire est « fier » de cette pratique car il apprécie de ressentir « la domination de l'homme par cette pénétration », ce qu'elle attribue à « sa vision de l'homme africain » et aux différences culturelles que son origine burkinabée implique⁸⁴. La pénétration peut en effet donner à l'homme, dans la plupart des positions les plus courantes, une maîtrise du rythme et de la durée du rapport qui s'accorde avec les représentations traditionnelles de la masculinité (que l'on retrouve d'ailleurs transposée dans la maîtrise du retrait).

Mais paradoxalement, c'est parfois la possibilité de ne plus avoir à assurer cette « maîtrise » qui fait préférer d'autres pratiques, en particulier chez des enquêtés plus âgés. Cela rejoint les conclusions de CSF quant à « une tendance à une plus grande appréciation des caresses mutuelles » passé 35 ans, même si la pénétration vaginale demeure en tête chez les hommes (Andro et Bajos 2008, p. 308). Ainsi, Laurent⁸⁵ considère que se faire masturber donne une sensation « beaucoup plus forte », en permettant de « s'abandonner », tout comme Gilbert⁸⁶ :

Dans une pénétration, en fait c'est moi qui maîtrise le mouvement, souvent. Alors que lorsque je suis excité par les mains ou une bouche, euh... Je maîtrise pas le mouvement. Et le fait de pas maîtriser le mouvement, je trouve que ça donne plus de plaisir. Je dirais qu'il y a une espèce de régularité dans le mouvement, ou dans la pénétration, régularité que je donne, alors que... Et peut-être plus d'abandon aussi, dans le fait d'être... manipulé ? (rires) Masturbé ou... Hors pénétration, pas par moi. J'ai plus de plaisir, par exemple dans une masturbation quand c'est quelqu'un qui me masturbe que quand c'est moi. Voilà. Et y'a ce côté-là, donc moi j'ai plutôt tendance à prendre mon plaisir comme ça, plutôt que dans la pénétration.

Ici, la masturbation par la partenaire est également préférée à la pénétration, car elle permet un « abandon » souvent recherché dans les rapports sexuels – comme en témoigne également l'importance accordée à leur spontanéité (voir chapitre 10).

L'absence de remise en cause de la présence de la pénétration pénovaginale dans le script sexuel se fait au bénéfice des hommes. Ainsi, lorsque ces derniers éprouvent plus de plaisir grâce à d'autres

⁸³ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

⁸⁴ Florian Vörös montre, à partir de l'étude de contenus pornographiques, que les « définitions de la masculinité autour des notions de force physique et de vigueur sexuelle » sont « principalement accolées aux hommes arabes et noirs et/ou de classes populaires » (Vörös 2015, p. 453). Cela se donne également à voir dans le discours commun sur la sexualité des hommes noirs, et *a fortiori* africains comme ici (sur les représentations de la sexualité des hommes noirs, voir également Mercer 2015).

⁸⁵ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

⁸⁶ Cadre, 61 ans, en couple, deux enfants (membre de l'Ardecom).

pratiques, sa centralité peut être remise en cause. Mais pourquoi les femmes ne parviennent-elles pas à modifier ce script androcentré ?

2.3.3 Pourquoi les femmes sont-elles attachées à la pénétration ?

Si les hommes sont les principaux bénéficiaires de l'évidence de la pénétration pénovaginale dans le script hétérosexuel, on a vu qu'une partie des femmes jugent également qu'un rapport non pénétratif est frustrant pour elles. Il faut donc s'intéresser aux raisons pour lesquelles les femmes y demeurent attachées alors même que ce n'est pas forcément la pratique qui leur procure le plus de plaisir.

Une des premières raisons expliquant la persistance de la pénétration comme pratique constituante du script sexuel tient dans l'inégalité de genre qui préside à la réciprocité sexuelle. Même si les femmes n'éprouvent pas d'orgasme, elles peuvent se résoudre à simplement prendre du plaisir, comme l'explique Alicia⁸⁷ :

Enquêtrice : Avec vos précédents partenaires vous aviez pas eu d'orgasme ?

Alicia : Euh... Non, je pense pas. Honnêtement, je pense pas. Ça m'inquiétait pas forcément, mais non... [...] Quand il fallait, je savais me débrouiller toute seule quoi. Ça m'inquiétait pas. Mais je pense que c'est parce que j'arrivais pas à me laisser aller, tout simplement.

Ne pas avoir eu d'orgasme avec un partenaire avant sa relation actuelle « n'inquiétait pas » Alicia. Ce qui est intéressant ici c'est que ce n'est pas la pratique de la pénétration qu'elle remet en cause : elle pointe plutôt sa propre responsabilité, mettant le fait de ne pas avoir d'orgasme sur le compte d'un manque de « laisser-aller » de sa part. Elle explique ensuite comment elle a finalement réussi à avoir des orgasmes pendant la pénétration vaginale⁸⁸ avec son partenaire actuel, avec lequel elle est en couple depuis neuf ans :

Je pense en fait qu'on se connaissait mieux, et que du coup c'est plus facile de faire l'amour, et moi je pense que j'osais plus aussi, peut-être, me caresser. Parce que moi je le fais depuis que je suis ado, je crois, euh... Et c'est pas facile avec un partenaire... d'oser quoi, parce qu'on va se dire, l'autre se dit que il arrive pas à nous donner du plaisir, qu'on est obligée de le faire nous-même, et c'est pas ça en fait, moi je trouve que ça donne un plus. Et que les deux ensemble ça donne un plus quoi. Et c'est à partir du moment où j'ai osé moi me toucher, je trouve que ça... a été plus facile pour accéder à l'orgasme. [...] Voilà, mais c'est une histoire de lâcher-prise aussi.

Alicia insiste à nouveau sur la possibilité du lâcher-prise, mais explique que c'est en fait le fait d'oser se caresser pendant la pénétration (« les deux ensemble ») qui lui a permis d'avoir un orgasme au cours de celle-ci. Néanmoins, admettre que les caresses sont nécessaires, c'est risquer de remettre en question les compétences de son partenaire à lui « donner du plaisir », donc remettre en cause sa masculinité (voir *infra*). Par ailleurs, accepter une pratique dont on sait qu'elle donne du plaisir à son

⁸⁷ Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

⁸⁸ Elle n'en avait auparavant qu'au cours de la pénétration anale, car elle se caressait pendant celle-ci (voir *supra*).

partenaire peut donner sur celui-ci une forme de pouvoir. Le fait d'apprécier ou non la pénétration met ainsi en jeu des représentations bien plus larges que le seul plaisir.

De son côté, c'est même son orientation sexuelle que Mélanie⁸⁹ a questionnée à partir de sa difficulté à ressentir du plaisir pendant la pénétration. Elle n'appréciait pas la pénétration avec son ex-mari et a eu, ensuite, une relation de cinq ans avec une femme, Pauline, avant d'avoir à nouveau deux histoires avec des hommes (Ibrahim, puis Adama avec qui elle est depuis un an) :

[Mon ex-mari avait] cette envie d'avoir toujours cette pénétration qui pouvait m'agresser à certains moments. Et de pas éprouver forcément du plaisir et d'avoir du plaisir quand j'étais pas pénétrée, je me suis dit « Ma vieille... Mettons le mot, t'es homo quoi ! » Ce qui n'est pas du tout le cas avec Ibra, avec qui j'ai pris du plaisir, et que je prends avec Adama. Donc je pense que c'est vraiment les partenaires que j'ai eus. 'Fin je veux dire... Je me dis peut-être j'aurais eu des partenaires, j'aurais eu un épanouissement avant, est-ce que réellement j'aurais été attirée par Pauline ? Voilà. On va pas refaire l'histoire, et c'est comme ça, mais...

N'aimant pas la pénétration, elle semblait en avoir déduit qu'elle ne pouvait être hétérosexuelle. On voit ainsi que le fait de ne pas ressentir un plaisir conforme à celui qui est attendu peut amener à questionner plus en profondeur ses désirs. Le fait de prendre aujourd'hui du plaisir dans la pénétration est présenté par Mélanie comme quelque chose de rassurant : finalement ce n'était pas « elle », le problème, mais bien « les partenaires » qu'elle a eu. Dans le cas d'Alicia comme dans celui de Mélanie, on perçoit la contrainte que représente non seulement la pénétration, mais le fait de devoir l'apprécier :

Vouloir à tout prix que les femmes aient des orgasmes en faisant l'amour, par la seule vertu du pénis, c'est les contraindre à adapter leur corps à une stimulation inadéquate. La difficulté de cette adaptation et les échecs qui suivent les tentatives produisent des sentiments chroniques d'angoisse et de mécontentement. (Hite 2000 [1976], p. 329)

Qu'il s'agisse d'Alicia qui ne veut pas frustrer son partenaire, ou de Mélanie qui a peur que cela remette en cause son orientation sexuelle, on voit que la pénétration est difficile à questionner même pour les femmes qui ne l'apprécient pas forcément. Cet attachement à la pénétration peut d'ailleurs être subi par certains hommes. Laurent⁹⁰, qui préfère avoir une sexualité non pénétrative que des rapports avec préservatif, et qui en informe les femmes qu'il rencontre en ligne et avec lesquelles il prévoit d'avoir des rapports sexuels, s'estime ainsi victime de cet intérêt féminin pour la pénétration :

Elles sont *en attente*. De pénétration. Voilà. [...] Je me suis rendu compte, après divers expériences, que... très très souvent, pas tout le temps mais très très souvent, quand y'avait pas pénétration, la femme est très insatisfaite, et qu'il y avait pas forcément de... Que ça se renouvelait pas, en fait. Voilà. Parfois c'est dit, hein ! C'est dit clairement.

Selon Laurent, c'est ainsi le fait qu'il préfère les rapports non pénétratifs qui conduit les femmes à refuser de renouveler les rapports sexuels avec lui. C'est peut-être d'autant plus important qu'il s'agit

⁸⁹ Éducatrice spécialisée, 35 ans, en couple (pilule pour son endométriose, préservatifs car son compagnon est séropositif).

⁹⁰ Auteur, 41 ans, célibataire (sexualité non pénétrative ; contraception de ses partenaires).

de rapports occasionnels, qui peuvent laisser moins de temps pour se détacher de la norme que constitue cette pratique que ne le permet une pratique sexuelle régulière – ce qui peut contribuer à expliquer que le taux d’orgasme au dernier rapport déclaré soit plus faible tant pour les hommes que pour les femmes lorsque le/la partenaire est nouveau/velle ou occasionnel-le (voir *supra*).

Par ailleurs, l’attachement des femmes à la pénétration s’explique par un autre élément, à savoir qu’elle est « un indice du lien affectif » et que « la frustration associée à l’absence de cette pratique peut également être entendue dans un sens relationnel, plutôt que physique » (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 553). Andrea Dworkin souligne ce paradoxe :

Les femmes ont également voulu que le coït fonctionne au sens suivant : elles ont voulu que le coït soit, pour les femmes, une expérience d’égalité et de passion, de sensualité et de rapport intime. (Dworkin 2019 [1987], p. 146)

La centralité de la pénétration vaginale dans le script entraîne des représentations particulières la concernant, qui permettent en retour de la justifier.

La pénétration peut ainsi avoir des significations multiples et contradictoires, mais qui permettent en fait de justifier efficacement sa présence et de la naturaliser dans la majorité des types de rapport sexuel. Elle peut ainsi constituer « l’intimité ultime », et donc être nécessaire dans un script conjugal (Gavey, McPhillips et Braun 1999, p. 49-53), comme l’explique par exemple Gilbert⁹¹, dont ce n’est pas la pratique préférée mais qui y voit « un truc de fusion » ou Marielle⁹², qui éprouve plus de plaisir lors des rapports buccogénitaux mais considère que « y’a peut-être une satisfaction intellectuelle » lors d’un rapport vaginal, car elle éprouve vraiment alors le « sentiment de se donner ». L’importance de cette intimité de la pénétration, et son lien avec l’engagement, se donne aussi à voir dans cette situation rapportée par Jean-Marc⁹³ : alors que lui-même était déjà marié (il avait 28 ans), il a eu pour partenaire une jeune fille de 18 ans qui avait également un petit ami. Or « elle était entre guillemets... fidèle à son copain », et c’est dans le refus d’avoir des rapports pénétratifs que cette fidélité s’est manifestée, même s’ils ont partagé « d’autres jeux, sans pénétration », comme « des caresses entre guillemets jusqu’au bout ». Ici, la pénétration représente une infidélité, quand d’autres pratiques sont considérées comme moins significatives de ce point de vue. Néanmoins, dans d’autres cas la pénétration peut être au contraire vue comme « moins intime » que d’autres pratiques non pénétratives (comme celles mettant en jeu la bouche), et donc conserver tout aussi logiquement et « naturellement » sa place centrale dans les scripts des rapports occasionnels (*Ibid.*, p. 53-55). En particulier, elle peut être considérée comme plus hygiénique que le cunnilingus et la fellation, dans la mesure où elle n’implique pas autant le goût et l’odorat. Les représentations de la pénétration sont ainsi diverses, mais tendent toutes à assurer sa place centrale dans le script.

⁹¹ Cadre, 61 ans, en couple, deux enfants (membre de l’Ardecom).

⁹² Médecin généraliste, 35 ans, en couple, un enfant (préservatifs).

⁹³ Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

Même si elle n'est pas la pratique permettant le plus aisément aux femmes d'atteindre l'orgasme, la pénétration pénovaginale demeure une pratique centrale du script de la « bonne » sexualité ordinaire, à laquelle la majorité des individus demeurent très attachés. Le fait que le « mythe de l'orgasme vaginal » soit largement dévoilé ne suffit pas à engendrer des scripts alternatifs, qui s'appuieraient sur d'autres manières d'avoir du plaisir. L'idée demeure que le plaisir pénétratif est supérieur aux autres, tant en termes de sensations que pour ce qu'il signifie en matière d'engagement.

La contraception médicale, en permettant la réciprocité des plaisirs et la pénétration pénovaginale à tout moment, a un rôle important dans la définition des scripts sexuels contemporains. On trouvera d'ailleurs en annexe F un exemple paroxystique de ce type de script, sous la forme d'un long extrait de l'entretien de Guillaume, mettant en évidence l'échange des orgasmes et des pratiques qui structure le rapport, la centralité de la pénétration, les désirs genrés qui s'y jouent et l'importance du plaisir ressenti par la partenaire pour que l'acte soit considéré comme satisfaisant. Cet exemple, comme toute l'analyse, illustre le fait que malgré une revendication d'égalité, c'est un script androcentré qui demeure la référence en matière de « bonne » sexualité. Néanmoins, et même si les scripts alternatifs sont généralement relégués à une image de « scripts inférieurs » et incomplets, ils peuvent également faire partie du répertoire des individus.

3 Conclusion

La diffusion de la contraception médicale joue un rôle central dans la persistance de la centralité de la pénétration pénovaginale. En naturalisant cette pratique, elle participe d'une représentation hétéronormée de la sexualité, qui articule l'échange nécessaire des plaisirs à une vision différenciée de la naturalité de l'orgasme (évidente pour les hommes mais pas pour les femmes). Celle-ci repose également sur une représentation de la masculinité articulée à la notion de performance, là où les femmes sont soumises à des injonctions contradictoires, entre émancipation obligatoire et féminité soumise aux plaisirs masculins.

La focalisation sur la pénétration au détriment des autres pratiques sexuelles se fait également au préjudice du plaisir féminin, avec l'idée d'un « orgasme vaginal » atteignable uniquement par la pénétration et supérieur à l'« orgasme clitoridien ». Mais les femmes demeurent autant, voire plus, attachées que les hommes à la pénétration, et ce même si ce n'est pas une pratique qui permet systématiquement d'atteindre un orgasme ou qui procure le plus de plaisir. En effet, cette pratique est réputée permettre un « échange » affectif qui apparaît primordial, en particulier dans le cadre d'une sexualité qui s'inscrit dans un « ethos égalitaire » en diffusion et qui doit s'articuler avec un idéal conjugal. Finalement, le peu de diffusion des scripts non pénétratifs dans les représentations s'explique tant par le fait qu'ils soient moins présents dans le répertoire sexuel des individus que par leur image de scripts « inférieurs ».

Chapitre 10. L'envers de la spontanéité : le travail genré sur la sexualité

Le désir est aujourd'hui un objet d'étude privilégié des neurosciences, qui cherchent à identifier son origine dans le cerveau – à le « cérébraliser » (Dussauge 2018, p. 170) – afin de comprendre comment se prennent les décisions. On peut prendre l'exemple des techniques d'imagerie cérébrale, qui étudient la sexualité « comme un phénomène naturel universel, indépendant de la spécificité des pratiques et des expériences sexuelles » (Gardey et Hasdeu 2015, p. 89). Cette approche du désir n'est pas sans concurrence : à cette perspective soutenue par les physiologistes, les endocrinologues et les neurologues s'oppose celle des professionnel-le-s des domaines « psy ». Ces dernier-e-s désocialisent également, pour la majorité (sur le sujet voir Pache 2015), le désir, mais généralement en le faisant dépendre uniquement de l'inconscient, dans une approche centrée sur l'expression psychique personnelle de l'individu (voir Hirt 2009, p. 147 pour un point sur la question). On peut également évoquer une dernière manière d'aborder le désir, qui vise à médicaliser son absence ou sa diminution, en particulier chez les femmes (Vuille 2014). Le point commun de toutes ces approches est l'absence de prise en compte des conditions sociales qui permettent, encouragent, ou au contraire empêchent le désir sexuel. Considéré comme un « signal » hors du monde social, il est ainsi décontextualisé et, par conséquent, largement dépolitisé, comme s'il survenait hors de tout système de domination.

Ces représentations d'un désir extérieur au social sont très largement remises en cause par les études de sciences sociales sur la sexualité. Dans des travaux pionniers sur le sujet, John Gagnon et William Simon ont montré que le désir sexuel suit des scripts prédéfinis, certes divers, mais loin d'être infinis ou imprévisibles (Gagnon et Simon 1973). Mais qu'en est-il des rapports sociaux dans la détermination de ces scripts ? C'est pour répondre à cette interrogation que le sociologue états-unien Adam Green propose d'aller « vers une sociologie du désir », en mettant en avant la notion, élaborée à partir des travaux de Pierre Bourdieu (1979b), d'un « habitus érotique » qui « sert d'intermédiaire à la formation et à la sélection des scripts sexuels¹ » (Green 2008, p. 614). Il présente ainsi le désir sexuel comme « orienté vers le monde social à travers un habitus érotique historiquement situé, qui investit de manière différentielle des objets particuliers d'une signification érotique tout en constituant d'autres objets comme neutres² » (*Ibid.*). Il définit alors comme « travail érotique » le « processus d'imagination érotique qui articule la structure inconsciente de l'habitus érotique au niveau du fantasme sexuel conscient³ » (*Ibid.*, p. 615), c'est-à-dire son actualisation en scripts intrapsychiques qui s'appuient

¹ “[Erotic habitus is a socially constituted complex of dispositions, appreciations, and inclinations arising from objective historical conditions that] mediate the formation and selection of sexual scripts.”

² “Sexual desire is oriented to the social world through historically specific erotic habitus that differentially invest particular objects with erotic meaning, while rendering other objects neuter.”

³ “Erotic work, then, is a process of erotic imagining that articulates the unconscious structure of the erotic habitus at the level of conscious sexual fantasy.”

sur les scénarios culturels et donnent lieu, dans l'interaction, aux scripts interpersonnels. Ce travail érotique est mené par tous les individus : mais est-il la seule forme de travail sur le désir à laquelle la sexualité donne lieu ? L'entrée par la contraception permet d'en appréhender une autre forme, et d'éclairer les inégalités qui la traversent.

La contraception médicale permet une protection continue et invisible contre le risque de grossesse. De la même manière, les méthodes barrières sont efficaces tout au long du cycle – mais elles s'inscrivent dans le script même. Si le retrait a les mêmes caractéristiques, son efficacité moindre et le fait qu'il dépende très largement de la maîtrise de l'homme en font une technique plus risquée ; la crainte d'une grossesse peut alors amoindrir le désir. Or, l'absence de risque de grossesse ou de maladie est primordiale pour la majorité des individus⁴ lorsqu'il s'agit de décider d'avoir ou non un rapport sexuel. Mais quels sont les ressorts exacts, en termes de désir, de cette possibilité continue d'avoir des rapports sexuels sans risque ? Pour mettre en évidence cet « envers » de la spontanéité, il faut comprendre comment la sexualité prend place dans un scénario culturel où les représentations du désir sont très différenciées en fonction du sexe, même si une forme d'ethos égalitaire se diffuse. Par ailleurs, la sexualité fait aussi l'objet d'une injonction, ce qui implique de la part des individus une forme double de disponibilité sexuelle : une disponibilité physique d'une part, une disponibilité émotionnelle d'autre part. Finalement, c'est en s'appuyant sur ces représentations et ces formes de disponibilité naturalisées que l'on peut identifier l'existence d'un travail féminin sur la sexualité qui est la condition invisibilisée de sa spontanéité.

1 Désirs genrés mais ethos égalitaire : analyse d'un paradoxe

La sexualité n'est pas vécue de la même manière par les hommes et par les femmes. En particulier, les récits de parcours sexuels se font plutôt sur le mode de l'émancipation pour les femmes, et de l'apprentissage d'une sexualité relationnelle pour les hommes (Déroff 2007a, p. 149-157). Si ces récits sont aussi distincts, c'est parce qu'ils s'appuient sur des représentations différenciées et genrées du désir. Néanmoins, ces représentations se confrontent à la diffusion d'un ethos égalitaire qui peut contribuer à les nuancer.

1.1 Le besoin incontrôlable des hommes face au désir subalterne des femmes

Les représentations du désir sont très différenciées en fonction du sexe, de même que les expériences dont rendent compte les individus. Du côté des hommes, c'est l'idée d'une sexualité largement pulsionnelle qui prévaut quand, de celui des femmes, l'image majoritaire est celle d'un désir par nature peu développé, voire absent, et qu'il faut donc provoquer.

⁴ Même si des situations inverses, où le risque augmente le désir, peuvent également être observées (Higgins, Tanner et Janssen 2009).

Les interprétations de la sexualité masculine sont dominées par l'idée qu'elle serait agie par une « pulsion irréprouvable » résultant d'un « besoin naturel ». Selon l'enquête CSF, 73 % des femmes et 59 % des hommes sont d'accord avec l'affirmation : « *par nature, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes* ». Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la diffusion d'une norme égalitaire ne suffit pas à remettre en cause l'adhésion à cette représentation : elle est majoritaire quelle que soit la génération, en particulier chez les femmes (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 547). Cette croyance était déjà claire lorsque l'on s'intéressait au plaisir : la sexualité des hommes est généralement considérée comme plus « mécanique » que celle des femmes en ce qui concerne l'atteinte de l'orgasme (voir chapitre 9). C'est également le cas concernant les représentations du désir masculin, comme en témoigne Fabrice⁵, qui décrit comme un « un besoin physiologique, un peu... enfin, un besoin animal » le fait d'avoir « envie d'avoir des rapports réguliers » (tout en soulignant qu'il n'est pas non plus « une bête féroce », se distanciant ainsi d'une forme d'animalité). C'est également ce qu'explique Émeline⁶ en comparant son désir, qu'elle considère comme « cyclique », à celui de son compagnon : « lui, ouais, il va être tout le temps excité, il me voit toute nue, ah ça y est il a chaud ». Cette représentation peut persister chez les hommes même lorsque leurs partenaires éprouvent autant de désir, comme dans le cas de Julien⁷ qui évoque d'abord sa petite amie actuelle, Florine, puis une ancienne petite amie, Paola :

Julien : Pour les filles, c'est peut-être plus abstrait la sexualité je dirais, peut-être moins mécanique que pour un mec, parce que, pour un mec j'ai l'impression que les hormones jouent plus, ou je sais pas que... Un mec peut être plus facilement en manque d'une fille j'ai l'impression, mais c'est peut-être plus une image que je me fais. Voilà.

Enquêtrice : C'était comme ça avec tes dernières copines ?

Julien : ... Oui. Euh enfin... C'est-à-dire, notamment, bah enfin avec Florine justement, [...] elle fait l'amour, mais c'est pas non plus un besoin... irréprouvable, ou une envie... [...] Enfin pareil, j'ai quand même retrouvé ça aussi, enfin avec Paola aussi, où elle... comment dire. Enfin elle était pas en *manque* sexuel quoi, c'était juste qu'elle avait envie de faire l'amour.

Enquêtrice : Mmm. Et toi t'as plus l'impression que t'es en manque...

Julien : Ca m'est arrivé souvent, d'être en manque et d'avoir envie... de baiser quoi.

Julien explique ainsi son désir de manière « hormonale », et le compare à celui de sa compagne qui n'a pas de « besoin irréprouvable ». Mais même avec son ancienne petite amie, qui avait, pour sa part, « envie de faire l'amour » (et non pas de « baiser », contrairement à lui), il ne juge pas que cette envie corresponde à un « besoin » ou à un « manque » comme cela peut être le cas pour lui. Des désirs dont on peut penser qu'ils sont comparables sont ainsi mis en forme de manière genrée pour correspondre à des représentations préconçues – et contribuent donc à les reproduire. Cela alimente également la justification de certains comportements comme l'infidélité. Julien a ainsi récemment « trompé » sa petite amie lors d'un voyage, et l'explique ainsi : « Elle elle avait plus du tout envie quoi, et ça m'a vraiment

⁵ Agriculteur et ingénieur agronome, 48 ans, marié, fréquente des prostituées, deux enfants (sa femme prend la pilule ; préservatifs avec les autres partenaires).

⁶ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

⁷ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

blasé, donc je suis parti, d'office, en pensant avoir le droit de faire ce que je voulais. » De manière similaire, Jean-Marc⁸ rend compte de la rencontre avec une de ses partenaires adultères en expliquant qu'elle a eu lieu « tout à fait par hasard » sur un forum internet d'histoires drôles, mais que finalement elle correspondait « certainement [...] à un manque aussi, [...] lié à une baisse de désir, aussi, chez [sa] femme ». Le fait que sa femme ait moins envie d'avoir des rapports sexuels apparaît ainsi comme une justification possible du fait de l'avoir trompée. Ce risque est d'ailleurs intériorisé par les femmes, comme le montrent les observations de David Michels sur les cas de recours féminin à la sexologie. Celle-ci apparaît comme une solution pour retrouver du désir afin de satisfaire son conjoint, d'éviter son infidélité et, ainsi, de préserver la relation (Michels 2017, paragr. 24). Au contraire, l'idée que « qu'ayant des besoins sexuels plus modérés, les femmes n'éprouvent nulle nécessité d'aller “voir ailleurs” » (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 547) est largement diffusée – le désir féminin ne constituant pas une « excuse » au rapport extraconjugal au même titre que le besoin masculin.

Si le désir masculin est interprété comme une « pulsion » irrépressible, le désir féminin est de son côté considéré comme réactif – et donc devant être activé. Raewyn Connell définit ainsi la « féminité accentuée » – pendant de la masculinité hégémonique – comme s'organisant « autour des thèmes de la réceptivité sexuelle pour les femmes les plus jeunes, et de la maternité pour les plus âgées⁹ » (Connell 1987, p. 187). Le désir sexuel apparaît soit secondaire, dépendant de celui du partenaire, soit invisibilisé derrière la maternité : il est dans tous les cas considéré comme « subalterne » par rapport à celui des hommes (Bozon 2018b). Selon Michel Bozon, cette représentation particulière du désir féminin est construite par la médicalisation, dont les femmes font l'expérience tout au long de leur vie. C'est en effet à la « co-construction médicale d'un désir subalterne et d'un âge créateur de contraintes » (*Ibid.*, p. 323) que l'on assiste : le désir est à contenir et à contrôler pour les femmes les plus jeunes, doit être réactif à celui de leur partenaire pour les femmes en couple, et peut être maintenu pour les plus âgées, mais son arrêt devient légitime. Dans tous les cas, il est subsumé au désir masculin.

Cette mise en forme du désir des femmes s'articule avec la représentation pulsionnelle du désir des hommes et justifie l'idée d'un échange de la sexualité féminine contre quelque chose d'autre (Tabet 2004). Comme l'explique Mélanie Gourarier dans son enquête sur les hommes appartenant à des « clubs de séduction », la situation commune – qu'ils s'efforcent de renverser – est celle où un « “cadeau” manifeste le désir masculin et le caractère désirable du féminin, perçu comme non désirant » (Gourarier 2017, p. 155). Cette difficulté à penser l'existence même d'un désir féminin apparaît dans certains entretiens, comme celui d'Olivier¹⁰ :

⁸ Informaticien, 53 ans, marié, des enfants (sa femme a un DIU).

⁹ “[At the mass level these are organized] around themes of sexual receptivity in relation to younger women and motherhood in relation to older women.”

¹⁰ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

J'ai toujours eu du mal à concevoir qu'une femme puisse désirer vraiment un sexe d'homme, ou qu'elle puisse le voir comme un... bel objet, un objet de désir, alors que d'aucunes me l'ont dite. Me l'ont dit, pardon. Mais j'ai du mal à le concevoir, ce rapport au sexe d'homme, et donc j'ai du mal à percevoir qu'elles puissent vouloir le toucher, l'embrasser, l'aimer ou...

Pour Olivier, si le corps d'une femme est par nature désirable, ce n'est pas le cas de celui d'un homme – et donc du sien. Le désir féminin hétérosexuel apparaît donc difficilement pensable pour lui. Cela peut d'ailleurs rendre difficile l'idée d'un désir féminin supérieur au masculin, comme l'explique Thomas¹¹ à propos d'une de ses partenaires occasionnelles qui avait voulu lui enfiler elle-même le préservatif sur le sexe :

Je crois que ça m'a intimidé. Quand les filles sont trop... Enfin c'est même pas être trop entreprenantes, ouais je sais pas, ça fait assez... Ça m'intimiderait. Dans mon souvenir ça m'a intimidé, mais cette fille-là de manière générale m'intimidait parce que... Je sais pas, j'avais l'impression qu'elle aimait le sexe plus que moi (grand rire), et... Ça m'intimiderait. Je préfère être celui qui domine. Et si c'est pas moi qui le mets j'ai l'impression que je domine pas, je pense. C'est très phallocrate, hein ! (rires)

Thomas est conscient de la potentielle interprétation sexiste de son discours, et cherche à la mettre à distance par l'humour. Mais il n'en demeure pas moins difficile pour lui – « intimidant » – d'imaginer avoir un rapport avec une femme « aimant le sexe plus que lui ».

Or, des modélisations scientifiques du désir considérées comme progressistes, comme le modèle de Basson, entérinent l'idée de « la différence – ancrée dans les représentations les plus stéréotypées de la sexualité – entre le désir spontané et polarisé des hommes et le désir plus labile et dispersé des femmes » (Vuille 2014, paragr. 21 ; à propos de Basson 2000). Ces modèles tendent à « faire des femmes des partenaires neutres sexuellement (sans “désir”) dont l'activité sexuelle se trouve liée à (ou dépendante de) l'interaction sexuelle et émotionnelle avec le partenaire masculin » (Gardey et Hasdeu 2015, p. 86). La sexualité « ordinaire » des femmes peut alors apparaître comme une sexualité sans plaisir et sans désir, comme dans le cas de Juliette¹² :

Enquêtrice : Et vous disiez, quand vous parliez de votre relation qui a duré cinq ans, que vous aviez une sexualité « très ordinaire » : qu'est-ce que vous vouliez dire par là ?

Juliette : Et ben euh... Alors je sais pas (rire gêné), parce qu'elle est quand même... Elle est pas désordinaire (*sic*) celle d'aujourd'hui... (rire) Non, j'avais une sexualité, j'avais *pas* de sexualité, enfin je veux dire j'avais pas de plaisir en fait, j'ai jamais eu de plaisir, je faisais l'amour parce qu'il fallait faire l'amour, je le faisais comme ça parce qu'il fallait faire comme ça... C'était pas fou, c'était pas fun... J'avais pas tellement envie...

Ici, « l'ordinaire » de la sexualité était pour Juliette l'absence de plaisir et de désir. On retrouve une situation analysée par la chercheuse féministe Colette Guillaumin :

¹¹ Journaliste au chômage, 32 ans, en couple non-exclusif (sa compagne porte un DIU ; préservatifs sinon).

¹² Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

L'absence (de désir, d'initiative, etc.) renvoie au fait qu'idéologiquement les femmes SONT le sexe, tout entières sexe et utilisées dans ce sens. Et n'ont bien évidemment à cet égard, ni appréciation personnelle, ni mouvement propre : une chaise n'est jamais qu'une chaise, un sexe n'est jamais qu'un sexe. (Guillaumin 1978, p. 7)

Les femmes pourraient être considérées comme objets plutôt que comme sujets de la sexualité non seulement par les hommes, mais également par elles-mêmes. Néanmoins, la majorité des enquêtées rendent bien compte d'un désir sexuel existant, faisant d'elles plutôt des sujets que des objets (Gardey et Hasdeu 2015).

Le principal désir légitime qui semble exister pour les femmes hétérosexuelles, c'est celui d'*être désirées* – en tout cas selon les magazines féminins (Legouge 2014, p. 68). Si le fait que leurs compagnes n'aient plus de désir apparaissait pour certains hommes comme une raison valable de chercher d'autres partenaires, du côté des femmes c'est l'idée qu'elles ont besoin d'être désirées qui est une justification audible, comme l'explique Patrick¹³ à propos de sa femme :

Le fait qu'elle ait eu un amant, y'a un an et demi maintenant... Ça a débloqué énormément de choses. [...] Elle s'est sentie... désirée. Désirable. Par quelqu'un d'autre que moi. C'était ça aussi qui était important. [...] Elle avait besoin de se l'entendre dire par quelqu'un d'autre. Elle avait besoin de se sentir désirée par quelqu'un d'autre.

Si les hommes ont besoin d'avoir des rapports sexuels réguliers, les femmes ont de leur côté un autre besoin qui peut être considéré comme « naturel » : celui d'être l'objet du désir masculin¹⁴. Parmi les enquêtées les plus âgées, c'est d'ailleurs le fait d'avoir été « sollicitées » car « jolie fille » (Véronique¹⁵), « pas vilaine » (Anne¹⁶) qui permet de justifier d'avoir eu des partenaires nombreux à certaines périodes : être désirées, et non pas désirer soi-même, devient ainsi ce qui légitime la sexualité récréative. Mais lorsque Patrick exprime le même type de désir de son côté, il ressent la nécessité de se justifier, comme s'il était moins autorisé à ressentir un tel besoin, qui ne correspond pas à une représentation positive de la masculinité :

J'ai aussi besoin, moi, d'être désiré par quelqu'un d'autre. C'est peut-être bon pour l'ego... (sourire) C'est bon pour sa personne, de se dire : « Bah ouais, après tout... Tiens, j'ai encore du charme, j'arrive à plaire ». Ça fait plaisir, de se dire « Tiens, je plais encore à des femmes... de mon âge... plus jeunes... » Euh... J'espère que je fais pas encore, que je fais pas déjà vieux beau (je souris), mais je me dis « Tiens, pourquoi pas ? », c'est... C'est agréable.

¹³ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

¹⁴ C'est pourquoi Mélanie Gourarier parle de « subvertir l'ordre genré des désirs » pour rendre compte des activités des séducteurs de rue qu'elle étudie, et qui doivent « cesser de donner [aux femmes] des gages d'empressement et apprendre à se faire désirer » (Gourarier 2017, p. 171).

¹⁵ Avocate, 53 ans, en couple (préservatifs masculins).

¹⁶ Chargée de mission en santé et doctorante, 60 ans, mariée, deux enfants.

Admettre le besoin d'être soi-même un objet de désir se fait en partie sur le mode de l'humour. Par ailleurs, réintégrer cela dans des rapports de domination d'âge, en évoquant des partenaires plus jeunes et face auxquelles il est dominant (Bergström 2018), permet à Patrick de garder la face.

Le désir féminin apparaît comme un désir *absent*, comme un désir d'être *désirée*, mais également comme un désir à *provoquer*. En effet, ainsi que le montre l'enquête CSF, les femmes s'adaptent plus fréquemment au désir de leur partenaire que l'inverse. En analysant les réponses à la question « *Vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels pour faire plaisir à votre partenaire sans en avoir vraiment envie vous-même ? (souvent/parfois/rarement/jamais)* », on remarque que les femmes sont quatre fois plus nombreuses à avoir répondu « souvent » que les hommes, deux fois plus nombreux pour leur part à avoir indiqué que cela ne leur était « jamais » arrivé (Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 361-362). Ainsi, il arrive beaucoup plus fréquemment aux femmes qu'aux hommes d'accepter un rapport dont elles n'avaient pas envie originellement, pour faire plaisir à leur partenaire. Lorsque les femmes font le récit de ce type de situation, c'est généralement en expliquant que leur désir est arrivé ensuite, comme en témoigne Juliette¹⁷, en couple depuis dix ans :

Je l'ai en tête que des fois il faut aussi... Pas se forcer, c'est pas l'idée, mais... Je prends toujours du plaisir en fait quand je fais l'amour, donc à chaque fois je me dis « Mais t'es quand même ben bête quoi ! Il suffit de s'y mettre, et après c'est bien, et c'est quand même un super moment, et c'est toujours agréable, qu'est-ce qui fait que... » C'est ce passage de... Enfin, s'y mettre en fait, qui est compliqué. Et je me dis que des fois c'est toujours mon compagnon en fait qui vient me chercher quoi. Et je me dis que ça peut être aussi embêtant dans un couple, quand c'est toujours la même personne qui dit « J'ai envie », quoi.

Juliette constate ici que son désir n'est que réactif (« se forcer »), alors même qu'elle sait qu'elle va prendre du plaisir. Elle regrette pour sa part la situation, ce qui n'est pas le cas d'Émeline¹⁸, en couple depuis presque cinq ans, dont le discours est très essentialisant :

La femme, par exemple, faut qu'elle soit très détendue, tu vois, pour se laisser aller et faire l'amour. [...] (rire) Faut qu'il vienne me motiver avant, quoi ! Et... C'est souvent le cas, souvent le mec il bande... Il bande rien qu'à l'idée d'avoir du sexe, alors que la femme elle va se mettre à avoir envie, etc. parce qu'elle est dans le sexe, en fait. Et l'homme, enfin je vois surtout ça chez mon copain, ça va le détendre de faire ça. Alors que moi, c'est ce que je te disais, il faut que je sois super détendue pour le faire. [...] Bon après je m'y mets, hein, mais je suis un vieux diesel, alors que lui c'est une essence. Voilà ! (rire)

En se comparant à un « vieux diesel » quand son compagnon serait « une essence », Émeline entérine bien cette idée d'un décalage temporel entre le désir de son compagnon, qui vient avant, et le sien, qu'il faut ensuite « motiver » car il serait inexistant ou trop faible. Le fait d'accepter d'avoir un rapport sexuel sans en avoir initialement envie s'explique alors par une volonté de répondre au désir de

¹⁷ Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

¹⁸ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symbiothermie et diaphragme puis préservatifs).

son partenaire. C'est ce qu'explique Sandrine¹⁹, en couple depuis une vingtaine d'années et à qui cela arrive « de temps en temps » : « Bah, si je sens qu'il a besoin de renforcement positif, vaut mieux hein ! (rire) ». Faire l'amour ou prendre du plaisir est considéré comme un service à rendre à son partenaire et le désir féminin semble se subsumer au masculin, considéré comme « naturellement » plus important.

C'est en particulier le cas parce que les femmes dont il est question sont en couple depuis plusieurs années. Or, c'est surtout dans les couples installés que les femmes témoignent d'un désir moins important que celui des hommes (Bozon 1998a), alors que ce n'est pas forcément le cas lorsque les femmes sont plus jeunes et qu'elles ont une sexualité plus récréative que conjugale (Santelli 2018). Emmanuelle Santelli fait ainsi l'hypothèse que la « conception différenciée de la sexualité entre les femmes et les hommes serait le résultat, pour les premières, d'une moindre socialisation à la composante désirante de la sexualité » (*Ibid.*, p. 48). Le fait de n'être pas « socialisées au désir » expliquerait que, lorsque ce dernier n'est plus nécessaire comme il peut l'être lors de la mise en couple (Bozon 2016, partie 1), il diminue. Cela ne signifie néanmoins pas que les femmes vivent forcément les rapports sexuels conjugaux sous le mode de la contrainte, car leur désir peut être « activé » ; et à la question de savoir qui avait le plus envie du dernier rapport sexuel, si près de 20 % des hommes comme des femmes déclarent que c'est l'homme, environ trois-quarts des répondant-e-s indiquent « les deux autant » (Leridon 2008b, p. 320). En effet, si des représentations différenciées des désirs masculins et féminins persistent, elles s'articulent avec un ethos égalitaire attendu dans les rapports hétérosexuels (Clair 2011).

1.2 Des désirs variables pour une sexualité égalitaire ?

L'étude de l'évolution de l'initiative du rapport sexuel témoigne de la diffusion d'une norme égalitaire : si l'on s'en tient aux plus jeunes (20-49 ans), Michel Bozon montre que dans l'enquête Simon, « hommes et femmes déclarent aux deux tiers que les rapports sexuels résultent d'une initiative de l'homme du couple » alors que dans l'enquête CSF, « les quatre cinquièmes, sans différence entre les hommes et les femmes, déclarent qu'au dernier rapport l'envie était partagée » (Bozon 2014, p. 59-60). Parallèlement, le nombre de rapports sexuels a cependant très peu évolué entre 1970, 1992 et 2006, les hommes comme les femmes déclarant autour de 9 rapports par mois, le critère le plus distinctif étant l'âge : « la fréquence chute de moitié entre 20-24 ans et 55-69 ans » (Leridon 2008b, p. 325). Mais, désormais, « l'acte sexuel est massivement inscrit dans un script interpersonnel, dont l'envie mutuelle des partenaires est une composante attendue » (Bozon 2014, p. 60). Dans le cadre de la diffusion progressive d'une norme promouvant une égalité entre hommes et femmes, s'est imposée l'idée que le plaisir de chacun-e doit être pris en compte, même s'il l'est sous des modalités différentes (voir chapitre 9). Mais c'est également le cas du désir, comme l'exprime Christophe²⁰ : « si elle a pas de désir je bande même pas, quoi ». De même, lorsque Julien²¹ déplore que sa partenaire actuelle ait moins de

¹⁹ Cheffe de service en établissement social, 41 ans, mariée, deux enfants (préservatifs sans latex).

²⁰ Médecin généraliste, 56 ans, marié, quatre enfants (vasectomie).

²¹ Ingénieur (en recherche d'emploi), 23 ans, en couple (sa compagne a un DIU au cuivre).

désir que lui, il n'évoque pas l'idée de la forcer à avoir des rapports plus fréquents, mais plutôt celle de trouver quelqu'un qui aurait autant de plaisir que lui car « ça fonctionnerait mieux avec une fille qui a une grosse envie comme [lui] ». La nécessité du consentement est ainsi globalement reconnue, même si, dans la pratique, les conditions pour s'assurer de celui-ci ne sont pas toujours réunies (Amsellem-Mainguy, Cheynel et Fouet 2015 ; Mozziconacci et Thomé 2020).

Passer de la question de « l'initiative » à celle de « l'envie » ne permet néanmoins pas de mettre au jour de manière aussi claire la manière dont se décide le rapport sexuel. Une envie partagée n'implique pas forcément que les désirs sont aussi fréquemment exprimés de part et d'autre, comme le montre l'enquête d'Emmanuelle Santelli sur des hommes et femmes en couple ayant autour de 30 ans :

Les hommes restent en position de demande : ce sont eux qui initient l'activité sexuelle. Les femmes et les hommes interviewés s'accordent sur ce fait. Dans quelques entretiens, des hommes et des femmes ont déclaré que ce sont ces dernières qui initient le plus souvent l'acte sexuel, mais il faut alors l'entendre au sens où les premiers attendent que les secondes manifestent leur envie de faire l'amour, et non au sens où ce sont elles qui en auraient plus envie : l'envie initiale demeure très largement du côté masculin. (Santelli 2018, paragr. 30)

La représentation d'un homme « toujours prêt » reste présente, et si le désir de la femme n'est pas réactif, il est toujours vu comme moins fort. En plus d'avoir une influence sur l'initiative du rapport, cela peut également en avoir une sur les pratiques, comme l'explique Michel Bozon :

Les femmes hétérosexuelles soucieuses d'égalité tentent d'orienter le désir masculin, en incitant leur partenaire à tenir compte de leurs préférences, plus que d'exprimer le leur. Cette stratégie reste dépendante de la bonne volonté du partenaire, et donc soumise à un rapport de pouvoir. (Bozon 2018b, p. 325)

Finalement, dans le cadre du script sexuel, et même dans le contexte de représentations égalitaires, le désir féminin reste pensé de manière subalterne : non pas en termes de satisfaction d'une envie personnelle, mais plutôt de disponibilité à celle de l'autre, dans le cadre de rapports de genre qui demeurent hiérarchisés.

Néanmoins, il ne faut veiller à ne pas réifier ces représentations des sexualités masculines et féminines. D'une part, elles ne doivent pas faire oublier l'existence d'une « grande diversité intragenre », comme le montre une enquête suisse menée sur 300 femmes et 300 hommes ayant entre 25 et 46 ans et selon laquelle « la variabilité des comportements dans la catégorie des femmes, par exemple, surpasse la variabilité moyenne entre les hommes et les femmes » (Bianchi-Demicheli et al. 2016, p. 552-553). Comme le montrait également l'enquête CSF, en matière de pratiques les différences entre hommes et femmes ont tendance à s'atténuer (Bajos et Bozon 2008). Par ailleurs, le statut conjugal et la présence ou non d'enfants en bas-âge sont primordiaux pour analyser les désirs sexuels (Bozon 1998a). Ainsi, « l'organisation du couple a un impact sur le désir sexuel » (Widmer et Ammar 2013, p. 151), et peut renforcer les stéréotypes ou s'y opposer. On peut penser en particulier à l'arrivée des enfants, qui peut

avoir une influence particulièrement forte pour les femmes mais dont certaines, comme Alicia²², perçoivent bien la dimension principalement matérielle plutôt que psychologique ou hormonale :

Alicia : Je suis avec mon bébé, je suis en congé parental, donc je sors pas beaucoup, je vois pas beaucoup de monde, je pense que tout joue, en fait, sur... sur la libido quoi. Je pense que c'est plutôt ça que la contraception. Il me semble.

Enquêtrice : D'accord. Et vous avez l'impression que le fait d'avoir eu un enfant ça a joué aussi sur la libido de votre compagnon ou pas du tout ?

Alicia : Non. Je pense que lui il a toujours été demandeur. Je pense qu'il s'est mis en sommeil un peu par rapport à moi, parce que j'étais très fatiguée, et puis l'allaitement c'était très compliqué, j'ai tiré le lait, enfin voilà. Et... du coup... mais là il est un peu plus demandeur depuis quelques semaines, donc... Et puis c'est toujours moi qui me suis levée la nuit par exemple, comme je l'allaisais, euh... Donc je pense je me suis beaucoup moins reposée que lui, et... non lui j'ai l'impression que ça a pas changé. C'est plutôt moi. Ouais.

Alicia est tout à fait consciente du fait que sa baisse de désir est liée au fait qu'elle prend en charge de manière plus importante que son mari leur enfant nouveau-né, ce qui entraîne une indisponibilité mentale mais aussi une grande fatigue. Avoir des enfants entraîne une baisse de désir, souvent expliqué physiologiquement en lien avec la maternité, mais qui peut perdurer plusieurs années et qu'il faut plutôt lier avec des réorganisations du couple et la charge portée par la mère (sur le sujet de la sexualité postnatale, voir Hirt 2005 ; Hirt 2009). Tous les individus ne mobilisent donc pas les représentations essentialisantes de la sexualité, même quand leur expérience pourrait y correspondre, et d'autant plus que cette expérience varie selon les moments de la vie.

D'autre part, comme toutes les modélisations idéaltypiques, ces représentations vont de pair avec des manières diverses de s'en saisir ou non, voire de les remettre en cause (Allen 2003), qui sont sensibles au milieu social, à la situation conjugale, aux représentations de genre, etc. En effet, « plus les personnes ont des représentations égalitaires, plus le niveau de désir et les attitudes en matière de sexualité sont similaires pour les hommes et les femmes » (Bianchi-Demicheli et al. 2016, p. 553). Ainsi, l'idée qu'il s'agit pour les hommes d'un « besoin » plus naturel que pour les femmes est souvent mise un peu à distance dans les entretiens – comme le fait d'ailleurs Julien lui-même, en soulignant que c'est « peut-être plus une image [qu'il] se fait ». Cette mise à distance est également le fait de certains hommes plus âgés, comme Philippe²³, qui explique avoir désormais atteint une « maîtrise satisfaisante de [ses] désirs sexuels », ce qu'il considère comme un « élément de liberté » car il est « beaucoup moins guidé par ça qu'avant » et « moins partant pour n'importe quoi ». Dans ce cas, l'âge peut expliquer cette distanciation de l'idée de la sexualité comme besoin – même si l'âge de retrait de la sexualité est de plus en plus avancé (voir Delbès et Gaymu 1997 ; Bajos et Bozon 2011). Mais d'autres éléments que l'avancée en âge permettent de comprendre la non-adhésion des hommes à la représentation de la sexualité comme besoin naturel. D'abord, peut-être, le fait que je suis une femme : il s'agit pour les

²² Documentaliste, 37 ans, en couple, un enfant (pilule).

²³ Écrivain, ancien journaliste, 64 ans, célibataire, un enfant.

enquêtés d'éviter de passer pour « macho » (voir chapitre 2). Ensuite, le fait que beaucoup sont très diplômés :

La distance à cette conception différentialiste de la sexualité est sensible aux capitaux culturels et sociaux : dans chaque génération, les femmes et les hommes les plus diplômés y adhèrent moins, ce qui rend compte d'ailleurs du fait que les jeunes générations soient moins « différentialistes » que leurs aînées dans la mesure où elles sont plus diplômées. (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 548)

Les représentations et les pratiques plus ou moins égalitaires des couples ont ainsi une influence sur le désir. Selon d'autres analyses de l'enquête suisse déjà mentionnée, c'est également le cas du parcours conjugal et du nombre et du statut des différent-e-s partenaire(s), en particulier pour les femmes :

Les trajectoires impliquant des relations multiples et de courte durée étaient associées à des attitudes plus récréatives et, de ce fait, à un désir sexuel plus important, dans le cadre d'une relation ou non. En revanche, les trajectoires comprenant peu ou pas de relations intimes allaient dans le sens d'attitudes sexuelles plus traditionnelles et d'un moindre désir sexuel²⁴. (Ammar, Gauthier et Widmer 2014, p. 69)

Pour les hommes, ce sont plutôt des éléments « prenant place dans la sphère publique, comme la comparaison avec des amis et des pairs²⁵ » (*Ibid.*, p. 70), qui jouent sur la sexualité et le désir. On peut distinguer avec Michel Bozon trois types d'orientations intimes qui correspondent au « modèle du réseau sexuel », au « modèle du désir individuel » et au « modèle de la sexualité conjugale » (2001a, p. 15). À partir des résultats de l'enquête CSF, ce sont même six types de profils qui émergent : les « indifférents à la sexualité et au couple », les « enthousiastes du sexe, réservés à l'égard du couple », les « adeptes du couple, peu intéressés par la sexualité », les « romantiques, ouverts à la sexualité », les « adeptes convaincus du couple, à la sexualité strictement retenue » et enfin les « enthousiastes du couple, intéressés par la sexualité » (Bozon et Le Van 2008, p. 536-537). Les sexes et les classes d'âges ne sont néanmoins pas répartis aléatoirement dans ces différentes catégories, et il importe de distinguer les représentations genrées du désir et les pratiques effectives des individus pour pouvoir analyser la sexualité hétérosexuelle.

Les désirs féminin et masculin font l'objet de représentations très différenciées et souvent naturalisées, qui tendent à laisser de côté les conditions nécessaires à leur réalisation. Même lorsque le couple est pensé de manière plus égalitaire, ces représentations peuvent continuer de sous-tendre les pratiques. Et parmi ces représentations, l'une des plus centrales est la disponibilité sexuelle des femmes permise par la contraception.

²⁴ “Trajectories with frequent and short-term relationships were associated with recreational attitudes and, thus, higher solitary and dyadic sexual desire. In contrast, trajectories featuring few or no intimate partnerships gave way to traditional sexual attitudes and less sexual desire.”

²⁵ “[Men’s attitudes toward sexuality and sexual desire are more related to elements of the life course that] take place in the public sphere, such as the comparison to friends and peers.”

2 Naturaliser une disponibilité physique et une disponibilité émotionnelle

La disponibilité à la sexualité peut s'exprimer par un consentement explicite, mais également par des signaux codifiés. Dans le cadre d'une relation conjugale, cette disponibilité peut être exprimée par le fait d'aller prendre une douche avant d'aller se coucher alors que ce n'est pas l'habitude, de porter des vêtements considérés comme érotiques, de veiller plus tard que d'habitude ou au contraire de rejoindre plus tôt la chambre : en bref, des actes et des éléments non sexuels peuvent entrer dans le script et témoigner de la disponibilité – ou de l'indisponibilité – sexuelle. Mais quelles sont les *conditions* de la disponibilité sexuelle ?

2.1 Une généralisation naturalisée de la « disponibilité physique » des femmes ?

Les scripts de la sexualité contraceptée s'ordonnent autour de l'idée de disponibilité du corps des femmes, une disponibilité qui se doit d'être permanente et qui charrie une représentation du désir féminin comme à la fois présent – ou bien qui n'a pas besoin de l'être, du moins au préalable – et comme limité. À cette disponibilité féminine s'articule l'idée de performance masculine. Il existe ainsi une partition entre la « femme sans sexualité », qui gère les aspects sanitaires et « l'homme irresponsable », dont le désir peut justement se déployer grâce à ces bons soins. Pour les hommes, la question de la protection ou de la contraception peut apparaître tout à fait secondaire (voir chapitre 6, section 1.3.1). C'est ainsi un travail préalable pour rendre possible le désir spontané qui a lieu de la part des femmes, travail largement invisibilisé par les hommes, comme lorsque Philippe²⁶ se réjouit que « les femmes appréhendent de manière beaucoup moins coupable et beaucoup plus ouverte et beaucoup plus spontanée leur sexualité » sans envisager les conditions – éloignées d'une totale spontanéité – de cette nouvelle appréhension féminine de la sexualité.

Étudier la sexualité par l'angle de la contraception permet de mettre au jour des marques de ce travail féminin caché qui rend possible le « surgissement impromptu » du désir. Si l'on prend l'exemple de la pilule, penser à la prendre tous les jours (donc à en avoir à disposition, donc à aller chez le médecin, le pharmacien, etc.) est la condition nécessaire à une sexualité pénétrative « naturelle » et « sans contrainte ». Une étude états-unienne portant sur la satisfaction sexuelle, conduite en 2015 sur 159 femmes venant de se faire poser un DIU (hormonal ou au cuivre) ou un implant, montre ainsi que les changements positifs de sexualité associés à cette nouvelle contraception étaient attribués, d'une part, au fait de se sentir en position de contrôle de sa fécondité et, d'autre part, à la possibilité de se « laisser aller » lors des rapports sexuels (Higgins et al. 2016). De même pour la stérilisation, qui peut aller jusqu'à contribuer à « un renforcement de l'idée de la disponibilité du corps des femmes au désir sexuel de leur partenaire » (Charton 2014, p. 72). Mais même le préservatif, qui s'appuie pourtant sur le corps des hommes, semble être devenu progressivement une responsabilité féminine (Thomé 2016).

²⁶ Écrivain, ancien journaliste, 64 ans, célibataire, un enfant.

Lorsque cette disponibilité continue adossée à une responsabilité féminine est remise en cause, c'est alors la centralité de la pénétration pénovaginale qui est au cœur de la dénonciation. On retrouve cette critique chez certaines chercheuses féministes, comme Louise Vandelac au Canada, qui dénonçait dans les années 1980 la pilule comme une « autoroute de la génitalité masculine », alors même que la conception n'est en fait possible que quelques jours dans le mois :

Un ovule est fécond entre 12 et 24 heures, alors qu'un spermatozoïde vit jusqu'à 5 jours. Supposons avec toute la relativité des moyennes qu'il y ait relation sexuelle avec pénétration-éjaculation pendant deux heures par jour, durant 5 jours. Ce serait donc pour ces quelque 10 heures de pénétration potentielle et éventuellement fécondante, qu'on accepterait de se bousiller la santé à coup de pilules ou de stérilet, qu'on perdrait des heures chez les médecins et qu'on dépenserait des petites fortunes ? (Vandelac 2004 [1981], p. 516)

Elle met ici en évidence le fait que l'infertilité féminine due à la contraception, si elle est naturalisée, n'en est pas pour autant naturelle : elle repose sur une responsabilité et un travail féminins (voir chapitre 6). Dans la mesure où les femmes assument effectivement ce travail, les rapports pénétratifs sans risque de grossesse sont bien possibles à tout moment, ce qui peut s'avérer problématique dans une société où avoir une sexualité épanouie est devenu un impératif partagé :

L'efficacité des moyens proposés autorise la production d'une représentation des femmes « toujours disponibles », ayant d'autant moins de raison de refuser un rapport sexuel qu'une autre norme, presque aussi prégnante, pose la sexualité comme élément fondamental de l'épanouissement individuel, voire même comme garantie d'une « bonne santé ». Ce que disaient les féministes, il y a maintenant 30 ans, en dénonçant le nouveau mythe de la « femme libérée », c'est que la jouissance n'est pas une valeur en soi, ou plus exactement, elle peut s'obtenir au prix d'un risque que l'on refuse de payer. (Ferrand 2003, p. 60)

L'évidence de l'utilisation d'une contraception médicalisée va ainsi de pair avec une obligation de jouissance – et la possibilité de cette jouissance doit être continue. Or ce sont les femmes qui prévoient et anticipent le désir à venir et la possibilité d'y répondre à tout moment, et l'adoption de méthodes reposant sur l'homme peut d'ailleurs venir d'un refus de se plier à cette mise en disponibilité de leur corps, comme l'explique Clémence²⁷. Celle-ci ne veut plus utiliser de méthodes hormonales, la pilule lui ayant provoqué des mycoses dont elle pense qu'elles ont entraîné sa vestibulite²⁸, maladie extrêmement douloureuse qui l'a empêché d'avoir des rapports sexuels pendant deux ans, alors qu'elle était en couple. Mais elle préfère éviter également les méthodes barrières, comme elle me l'explique à propos du préservatif féminin, à propos duquel je l'interroge :

En fait, dans mon rapport à la contraception, j'avais un énorme besoin de liberté. Et j'avais besoin de quelque chose qui soit automatique, et qui marche dans toutes les situations. Ce que le retrait m'apportait, et que le préservatif féminin m'aurait pas apporté. J'avais besoin de spontanéité. [...] J'avais été malade sexuellement, donc

²⁷ Chargée de projet, 28 ans, célibataire (retrait).

²⁸ Il s'agit d'une inflammation chronique du vestibule (partie de la vulve située à l'entrée du vagin), qui provoque une sensation de brûlure très forte et très douloureuse au moindre contact avec celui-ci.

pendant deux ans plus de rapports. [...] Et effectivement le besoin de spontanéité, ce besoin-là est encore important pour moi. [...] Le sexe avait tellement été une contrainte, avec la douleur, le nombre de gynécos devant lequel j'ai dû me déshabiller, le nombre de tests que j'ai dû faire, ça a été traumatisant, j'ai perdu une énorme confiance en moi sexuellement, et dans mon image de femme, j'ai mis des années à me reconstruire, et c'est passé pour moi par le fait d'avoir beaucoup de conquêtes. Je me suis dit que je pouvais à nouveau plaire, que j'étais une femme... Et j'avais besoin de dissocier le sexe [de] quelque chose de compliqué. Et le fait de mettre le préservatif féminin, et que ce soit à moi de le faire, et d'y penser, etc., je... Je voulais pas de contraintes. Je voulais que ce soit du plaisir et que ce soit sans contraintes pour moi. Je voulais le maximum de liberté.

En réaction à la surmédicalisation de son corps, Clémence refuse d'assurer la disponibilité physique de celui-ci, et ce malgré son attachement à la « spontanéité ». Par ailleurs, on peut noter que le fait qu'elle multiplie les « conquêtes » n'est pas exprimé sur le mode du désir sexuel, mais du rapport à soi, dans une démarche presque thérapeutique de réappropriation de son corps, sans doute plus légitime pour une femme afin de justifier une sexualité récréative.

L'indisponibilité peut également être masculine, comme dans le cas d'hommes ayant des difficultés à avoir une érection : c'est alors la performance qui ne peut avoir lieu, et non le corps lui-même qui n'est pas disponible. Dans le cas de la prise d'un médicament en amont du rapport se pose néanmoins la question de la spontanéité, comme l'explique Marjorie²⁹, dont le compagnon a des problèmes érectiles :

Marjorie : Il me dit « Est-ce que je prends un cachet ce soir ? » Et faut qu'il le prenne une demi-heure avant. [...]

Enquêtrice : Et du coup comment est-ce qu'il décide d'en prendre un, vous en discutez avant...

Marjorie : Mmm... Si on a tous les deux très très très envie, et qu'on a du temps libre après, que c'est pas un truc spontané « Tiens, si là maintenant on le faisait ! », là, il décide d'en prendre un. Mais si c'est spontané... Ça lui arrive de se promener torse nu, là, à son PC, et je le prends par les cheveux, et... (rire) [...] Et on va dans la chambre, mais... Si vraiment on a du temps devant nous, et très envie tous les deux, là il prendra un cachet.

Ce qui pose problème dans l'utilisation du médicament, c'est que son effet n'est pas immédiat : d'où le développement de pratiques différentes de la sexualité pénétratives (en l'occurrence BDSM), qui permettent de ne pas avoir à retarder la satisfaction de son désir ou à devoir attendre d'avoir des plages de temps libre importantes pour avoir un rapport sexuel. Mais les périodes d'indisponibilité sont le plus souvent représentées comme liées au fonctionnement du corps féminin.

C'est en particulier en s'intéressant aux règles que l'on remarque cet impératif. Même si le petit nombre d'études sur la question empêche toute conclusion solide, la proportion de femmes déclarant avoir des rapports pénétratifs pendant leurs règles varie d'une étude à l'autre d'un quart à un peu moins de la moitié (Tanfer et Aral 1996 ; Allen et Goldberg 2009). On peut tout de même souligner que, selon

²⁹ Au chômage (petits boulots), 40 ans, en couple (méthode d'auto-observation ; parfois préservatifs).

une étude quantitative, la proportion est plus importante chez les plus actives sexuellement, pour lesquelles la question de la disponibilité sexuelle se pose peut-être de manière plus aigüe (Tanfer et Aral 1996, p. 397). Parmi les enquêté·e·s, les règles sont régulièrement citées comme une période d'indisponibilité ou de modification des pratiques. C'est par exemple le cas pour Charlotte³⁰, qui a des rapports à ce moment-là sans être complètement à l'aise :

La semaine dernière j'avais mes règles, donc on s'est demandé, parce que on l'a fait, mais j'ai ressenti une petite gêne enfin... Je pouvais pas m'empêcher de penser au fait que j'étais en train d'avoir mes règles, et que c'était bizarre, et que ça coulait, et voilà, donc euh... On s'est dit, peut-être qu'on peut pas le faire, essayer... Enfin ne plus le faire au moment où les règles sont vraiment abondantes. Voilà, mais on a décidé ça la semaine dernière donc... (rires) Qu'on attendrait la fin, comme ça...

Charlotte explique ressentir une « gêne » à l'idée que son sang coule ; elle et son compagnon sont donc prêt·e·s à renoncer à la sexualité pénétrative continue qu'ils avaient mise en place afin d'éviter cette gêne. Pouvoir éviter ou espacer les règles, et donc permettre une sexualité en continu est d'ailleurs devenu l'un des arguments de vente de certaines pilules comme Seasonale, une pilule vendue aux États-Unis et qui est présentée « non pas comme une manière d'éviter les grossesses mais comme une manière d'éviter les règles³¹ » (Mamo et Fosket 2009, p. 938). C'est ainsi non plus à une promotion de la pilule comme instrument d'une libération (hétéro)sexuelle que l'on assiste, mais comme instrument de libération des règles qui permet à des femmes représentées seules (et non en couple) de choisir leur vie et d'accéder à une forme de « pureté féminine » qui s'oppose à la saleté des règles (*Ibid.*). Mais indépendamment de ce rapport à son propre corps, c'est également le rapport à la sexualité qui peut être touché par la disparition des règles. On l'a vu au chapitre 6 (partie 2.2), adopter une méthode qui permet leur disparition peut être considérée comme un soulagement non seulement pour soi (par exemple en soulageant les douleurs menstruelles) mais également plus largement pour sa vie sexuelle, comme dans le cas d'Isabelle³² qui n'est ainsi pas gênée lorsqu'elle doit voir son amant.

Néanmoins, pour de nombreuses femmes, avoir ses règles reste associé à la féminité et considéré comme quelque chose de positif, même si cela peut nuire à leur vie sexuelle – ce qui n'est pas toujours le cas, certaines femmes n'ayant pas de problèmes à avoir des rapports au cours de leurs règles. Selon l'enquête Fecond 2010, parmi les femmes qui ont leurs règles régulièrement, 30 % considéreraient comme un « manque » le fait de prendre une contraception qui les supprime, 17 % trouveraient cela « inquiétant » et 11 % pensent que ce serait une « atteinte à leur féminité ». C'est par exemple le cas de Béatrice³³, qui est « contente » que ses règles « viennent tous les mois » depuis sa ligature des trompes, alors que sa dernière pilule les avait fait cesser : « C'est naturel qu'une femme en fin de cycle elle ait ses règles, quoi, que ça redémarre la fois d'après, jusqu'à la ménopause. » Cependant, 22 % des femmes

³⁰ Étudiante, 25 ans, en couple (pilule).

³¹ "Seasonale is promoted not as a way to prevent pregnancy but as a way to prevent menstruation."

³² Psychologue, 49 ans, mariée, un amant, deux enfants (DIU hormonal).

³³ Aide-soignante, 45 ans, mariée, deux enfants (ligature des trompes).

évoquent cette possibilité comme « une libération/un soulagement », sans pour autant que l'on puisse connaître l'influence sur leur réponse de l'éventuelle extension de leur disponibilité sexuelle. Par ailleurs, parmi les femmes interrogées et qui n'ont plus leurs règles (et qui ont moins de 49 ans), ce sont 64 % des femmes qui considèrent la situation comme « une libération/un soulagement » (résultats non présentés). On peut donc penser que la contraception peut être saisie par les femmes qui en ressentent le besoin comme une opportunité de faire cesser leurs règles – mais l'intrication qui existe dans les représentations entre règles et féminité rend difficile à déterminer ce qui concerne spécifiquement la disponibilité sexuelle.

Pour saisir la naturalisation de celle-ci, c'est en fait plutôt de s'intéresser aux méthodes d'auto-observation (MAO) qui apparaît heuristique. En effet, ces méthodes ont la particularité de viser à déterminer, justement, une période d'indisponibilité pour la pénétration pénovaginale. En ce sens, elles nécessitent une réflexion et un accord au sein du couple tant sur leur adoption que sur ce qui est choisi comme palliatif lors de ces périodes « interdites ». En ce sens, elles peuvent d'ailleurs être considérées comme plus « modernes » que d'autres méthodes comme le retrait : c'est ce que montre un article portant sur des couples mexicains (pour moitié vivant au Mexique et pour moitié émigrés aux États-Unis), qui souligne que le retrait peut relever d'une sexualité plus « traditionnelle » que d'autres méthodes non médicales en ce que sa pratique « accorde aux hommes un accès sexuel constant à leurs femmes tout en rendant plus difficile la satisfaction sexuelle mutuelle ». Au contraire, la méthode des rythmes, qui « enseigne aux hommes et aux femmes de forcer leurs corps à attendre pour avoir des rapports sexuels, [est] une manière traditionnelle d'exprimer des idées modernes sur la sexualité et le mariage³⁴ » (Hirsch et Nathanson 2001, p. 423). En effet, le retrait implique, tout comme les méthodes médicales, une disponibilité féminine permanente, là où l'indisponibilité féminine cyclique des MAO est nécessairement à l'origine d'un dialogue dans le couple.

C'est d'ailleurs ce dialogue conjugal autour de la sexualité qui est largement mis en avant par les utilisateurs/trices de MAO qui en sont satisfait-e-s pour défendre leur méthode, face aux accusations de « frustration » qui peuvent lui être opposées (voir chapitre 8, partie 2.2.3). Le fait que la sexualité « normale » – c'est-à-dire pénétrative – ne soit pas praticable tout au long du cycle doit ainsi être justifié non seulement par la nécessité d'éviter les grossesses, mais également au nom du désir et du plaisir sexuels eux-mêmes. C'est ce qu'explique Marie-Bénédicte³⁵, qui revient sur les effets négatifs de la pilule à partir de l'exemple, ou plutôt du contre-exemple d'un couple qu'elle connaît :

Un ménage qui avaient eu plusieurs enfants, avec une méthode naturelle pas très bien pratiquée, donc les enfants arrivaient, voilà... Ça devenait un peu la panique, donc ils ont pris... Ça ça arrive ! Donc dans la panique ils ont pris la pilule, parce que les méthodes naturelles pas très bien vécues, pas très bien enseignées, pas très bien

³⁴ “Coitus interruptus, which allows men constant sexual access to their wives while complicating mutual sexual satisfaction, is much more ‘traditional’. Rhythm, which teaches men and women to force their bodies to wait for sex [...] is a traditional way of expressing modern ideas about sexuality and marriage.”

³⁵ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

pratiquées, pas confiance ! Donc pas confiance, quand on commence à avoir six enfants, panique à bord, ils prennent la pilule. [...] Et elle me disait, « Mais cette disponibilité... permanente, auprès de mon mari, c'est sûr que ça appauvrit notre relation ! C'est sûr qu'on n'en parle plus. » Et puis quelquefois, d'être complètement toujours disponible à son mari, c'est pas sûr qu'il y a plus (+) d'unions, d'ailleurs. Y'a un espèce de désintéret, enfin... Elle, elle elle l'avait vu. Elle pouvait en témoigner.

Paradoxalement, selon Marie-Bénédicte la disponibilité créée par la pilule peut ainsi conduire à une forme de « désintéret » pour la sexualité : « ça gomme complètement la libido ». Cela encourage une méthode impliquant une période d'abstinence, l'indisponibilité temporaire étant le meilleur moyen de « rentabiliser » les moments de disponibilité : « là le désir il est entretenu, par cette continence, et ces retrouvailles, cette continence, ces retrouvailles ». On retrouve le même type de discours chez Gaëtan³⁶, qui évoque des personnes utilisant « des méthodes de contraception médicamenteuses » : « effectivement, hein, ils pouvaient faire ça quand ils voulaient, mais au final [...] la libido était quand même au plus bas ». Au contraire, la méthode Billings, qui joue sur « une attente » (Sabine³⁷), permet de « stimuler la libido » car comme « le temps d'union est limité, en fait, bah au contraire, ça motive encore plus ! » (Gaëtan). Eugénie³⁸ explique d'ailleurs être déstabilisée par la disponibilité permanente impliquée par sa grossesse :

Justement, ça c'est toujours des questions qu'on a maintenant, du fait qu'on n'a pas de rythme, parce que par exemple là je suis enceinte, donc y'a pas de contrainte extérieure, et donc en fait c'est plutôt à nous de reprendre, enfin de revenir tous les X jours pour... pour... Parce que après on oublie, ou je suis fatiguée ou... Et... Alors que finalement y'avait un peu une régularité on va dire intrinsèque, qui faisait que on avait moins de questions, j'ai l'impression, mais c'est pareil ça, c'est un ressenti... Un peu global.

Le fait que la sexualité ne suive plus une certaine forme de « régularité intrinsèque » amène ainsi à devoir réfléchir à la fréquence des rapports. Par ailleurs, la contraception médicale peut également être problématique pour les femmes qui jugent qu'elle a des effets sur leur désir (voir chapitre 6). Émeline³⁹ considère que le fait d'utiliser la pilule lui enlevait tout désir, et que la disponibilité qu'elle permettait n'était pas satisfaisante sur le plan sexuel car à quoi bon être « disponible pour faire l'amour avec son mari tout le temps » et avoir « moins de règles » si « y'a rien qui se passe dans ton corps, tu ressens rien ». Pour les prescripteurs/trices de MAO, la disponibilité permise par les méthodes médicales de contraception est ainsi trompeuse : d'une part parce que le désir vient de la rareté, d'autre part parce que les hormones peuvent contribuer à annihiler le désir. Mais la disponibilité physique ne suffit pas à rendre possible le rapport sexuel.

³⁶ Ingénieur, 41 ans, marié, sept enfants (méthode Billings et abstinence).

³⁷ Mère au foyer, 41 ans, mariée, sept enfants (méthode Billings et abstinence).

³⁸ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte ; méthode des températures avec le CLER).

³⁹ Auxiliaire de vie, 23 ans, en couple (symptothermie et diaphragme puis préservatifs).

2.2 Baisses de libido et injonction à la sexualité : la disponibilité émotionnelle

Diverses raisons peuvent être utilisées par les individus en couple pour justifier les « baisses de libido » : pour les femmes, c'est l'arrivée des enfants qui est souvent mobilisée pour expliquer une diminution du désir ; pour les hommes, c'est plutôt l'influence d'une charge de travail trop importante ou trop prenante qui peut être mise en avant (Bozon 1998a). Dans les deux cas, il peut s'agir de motifs légitimes pour expliquer une diminution de l'activité sexuelle conjugale, comme le montre la facilité de Carine⁴⁰ à les mobiliser lorsque je l'interroge sur sa manière de se procurer des préservatifs masculins. Il s'agit de la seule méthode de contraception qu'elle et son mari, en couple depuis 16 ans et parents d'une fille de 4 ans, utilisent :

Enquêtrice : Vous avez jamais regardé pour acheter [des préservatifs] sur internet, pour voir des prix ou des choses comme ça ?

Carine : Non. Non. Non parce que, encore une fois on va pas se mentir, ça fait... On est parents, on travaille, on est fatigués, donc on n'a pas une consommation non plus délirante hein ! (rires)

Dans le cadre d'un couple ensemble depuis plusieurs années, et plus encore quand il y a des enfants, la baisse de désir peut donc être considérée comme normale et attribuée à des facteurs externes. Néanmoins, ce n'est pas toujours le cas ; en particulier, la différence très importante dans la représentation des désirs masculins et féminins fait qu'il peut être difficile pour une femme d'assumer une baisse de désir alors que celui de son partenaire, qui relève du « besoin » et ne peut donc être simplement ignoré, persiste. Par ailleurs, assumer de telles baisses de désir peut être particulièrement problématique pour les hommes, et ce tant dans le cadre d'une relation de couple qu'en dehors de celui-ci.

2.2.1 Externaliser la baisse du désir conjugal grâce à la pilule

Comme le retrace Marylène Vuille, c'est par le prisme de son absence que le désir féminin a été médicalisé et étudié par la médecine et la psychiatrie (2014 ; 2018). Il est entré dans les années 1980 dans la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III)*, sous le sigle de HSDD, pour « *hypoactive sexual desire disorder* », soit « trouble du désir hypoactif », sur la suggestion de deux psychiatres et sexologues états-unien-ne-s, Harold Isaiah Lief et Helen Kaplan. C'est en cherchant à comprendre les échecs des « thérapies sexuelles », menées selon le modèle de Masters et Johnson, que cette dernière s'est intéressée à l'« hypoactivité » du désir sexuel (Vuille 2014, paragr. 6-8). S'il s'agit d'abord, dans le *DSM-III*, d'une catégorie neutre du point de vue du sexe, elle est rapidement particulièrement approfondie pour les femmes (*Ibid.*, p. 13). Ce sont en particulier les femmes en couple qui sont visées par la médecine qui se développe autour de cette nouvelle pathologie. Parmi les derniers développements, l'Addyi (ou flibansérine pour le nom générique), pilule considérée comme le « Viagra féminin », alors même que son fonctionnement est tout à fait différent du Viagra⁴¹,

⁴⁰ Juriste, 31 ans, mariée, un enfant (préservatifs).

⁴¹ Le Viagra provoque le phénomène physique de l'érection, quand l'Addyi doit augmenter le désir.

promet ainsi aux femmes de raviver leurs désirs. Elle est disponible sur le marché états-unien depuis 2015 (pour une discussion des conditions controversées de cette autorisation de commercialisation, voir Segal 2018). Mais la médicalisation de la sexualité des femmes passe également par des réflexions sur les pilules contraceptives – et les contraceptions hormonales de manière plus générale.

En tant que médicament produisant une réflexivité *attentive* (voir chapitre 6), la pilule est susceptible d'être mobilisée comme facteur extérieur pour expliquer une baisse de désir. On a ainsi affaire à une médicalisation de la baisse de désir des femmes, au détriment de la prise en compte de causes sociales, comme le montre l'exemple de Juliette⁴², en couple depuis dix ans :

Je me disais que c'est sûr qu'après dix ans... Je sens bien que j'ai moins de libido qu'avant. Voilà. Et pourtant je suis amoureuse, et pourtant il est beau, et pourtant tout va bien, je veux dire j'ai pas... Y'a le stress du boulot, mais comme tout le monde, mais c'est vrai que... L'envie, et puis même... Même elle me disait la sage-femme, là, sur la lubrification naturelle, en fait, c'est lié à ça en fait, la libido, le plaisir, très envie, c'est quelque chose que j'ai moins en fait. Ou qui est moins facile. Et elle me disait « Ça par exemple ça pourrait aussi être lié à la prise de pilule depuis très longtemps, le manque de libido... » Du coup voilà. Donc c'est aussi ce qui m'y fait penser.

Dans le cas présent, la sage-femme de l'enquêtée lui a signalé que sa baisse de désir pouvait relever d'une cause médicale. En laissant de côté le fait que le désir dépend de conditions sociales et matérielles qui le rendent ou non possible, cela permet à Juliette de ne pas avoir à remettre en cause son couple dans lequel « tout va bien », comme elle le précise, ni son travail.

Cette médicalisation du manque de désir féminin s'inscrit néanmoins dans le contexte de la reconnaissance de l'existence de celui-ci, ainsi que du plaisir féminin (Gardey et Hasdeu 2015, p. 74). Mais les évolutions sociales, et en particulier celles des rapports de genre vers plus d'égalité, font que ne pas ressentir de désir est devenu un problème (Bozon 2018b, p. 316-317). En effet, les femmes interrogées qui ressentent moins, peu ou pas de désir sont nombreuses à chercher une solution pour faire revenir le désir. D'autres études aboutissent à des résultats similaires, comme une enquête britannique menée auprès de 10 femmes de 21 à 43 ans en couple depuis plus d'un an :

Le discours des femmes témoigne d'une dichotomie entre « l'amour et l'affection » d'une part, « la sexualité » de l'autre. Les femmes apprécient les premiers, mais la plupart ne trouvent qu'un plaisir restreint ou limité dans la seconde – et ce malgré leur désir d'éprouver du désir pour les rapports sexuels et du plaisir au cours de ceux-ci⁴³. » (Hayfield et Clarke 2012, p. 73)

La nécessité pour les femmes de « désirer le désir » ou « désirer désirer », pourrait-on dire, est par ailleurs soutenue par la presse féminine, selon laquelle « l'absence de désir serait une responsabilité

⁴² Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

⁴³ “The women’s talk constructed a dichotomy of ‘love and affection’ and ‘sex’, with women enjoying the former, but most finding little or limited pleasure in the latter, despite their desiring a desire for, and pleasure in, sexual activity.”

féminine », et qui « multiplie les articles consacrés au désir fuyant et à ses remèdes, en s'intéressant peu à l'absence d'objets de désir sexuel » (Legouge 2014, p. 68). Cet encouragement à un désir plus important contribue ainsi à promouvoir une disponibilité sexuelle plus importante, non seulement *physique* mais également *émotionnelle*. L'importance de cette disponibilité sexuelle émotionnelle apparaît d'ailleurs bien lorsque l'on s'intéresse aux raisons pour lesquelles une baisse de désir pose problème aux femmes interrogées – et l'étude de la « baisse de libido » imputée à la prise de pilule est de ce point de vue particulièrement éclairante.

Dans le cadre du couple, c'est par rapport au partenaire que la baisse de désir peut d'abord être problématique. Le terme même de « baisse » donne à voir l'imbrication de cette problématique avec la conjugalité : c'est dans une certaine temporalité que le problème apparaît, et c'est à partir d'un point de départ précis, celui du début de la relation, que la « baisse » se donne à voir. Or, si le désir du partenaire ne diminue pas, il peut apparaître légitime qu'il se sente frustré, comme l'explique Kelly⁴⁴, en couple depuis trois ans, en évoquant une baisse de désir consécutive à sa prise de pilule :

Enquêtrice : Et est-ce que avec vos différents contraceptifs vous avez déjà eu des effets sur votre libido ?

Kelly : Ah oui ! (petit rire) [...] Ah oui, ah oui, là oui ! Là ma libido était complètement HS à la fin. Y'avait plus rien, elle était totalement morte. [...]

Enquêtrice : Et c'était quelque chose qui vous dérangeait ?

Kelly : Euh... Bah quand on n'était pas en couple forcément non ! Mais quand on est en couple, oui. Quand on est en couple, moi personnellement ça me dérangeait pas, mais ça dérange le conjoint. Donc forcément, quand ça dérange le conjoint, on se sent un peu... On se dit « Bah zut ». Voilà, ouais. [...] Quand on n'a pas de libido, c'est embêtant pour le partenaire, parce que forcément, le partenaire, ça reste un homme, et que il avait des envies, et que moi, ben, non, je n'avais pas envie, et... Ça crée quand même des conflits, quoi. Donc il se dit « Pourquoi... » J'ai une perte de libido, mais les hommes : « Mais non, c'est psychologique, c'est psychologique, c'est pas la pilule qui fait ça ! » « Mais si c'est la pilule ! » [...] Donc, savoir si c'est psychologique ou pas, je ne sais pas, mais en tout cas... Là je la prends plus, j'ai plus aucun souci niveau libido, quoi.

Enquêtrice : Ouais... Et quand vous la preniez, vous pensiez que c'était à cause de la pilule ou vous saviez pas trop, du coup ?

Kelly : Bah non, je ne savais pas trop, non. Franchement, encore maintenant, je me pose la question : est-ce que c'est à cause de la pilule, ou est-ce que c'est vraiment psychologique ?

Kelly présuppose des « envies » sexuelles masculines essentialisées, susceptibles d'être à l'origine de « conflits » si elles ne sont pas assouvies. Mais sa difficulté à déterminer les raisons de cette absence de désir (la pilule ou des causes « psychologiques ») est vécue de manière problématique et provoque des conflits dans le couple. Comme l'explique David Michels à partir de son observation de consultations de sexologie, ce n'est pas parce que le dialogue existe et que les partenaires discutent qu'un accord se forme pour autant, entre une interprétation en termes de « médicalisation », permettant de ne pas se sentir responsable de la « dysfonction » du corps, ou en termes de « psychologisation », qui

⁴⁴ Aide-soignante, 24 ans, en couple (cherche à être enceinte ; auparavant, injections).

fait que l'on est impliqué-e (Michels 2013, p. 177-179). Or, les problèmes féminins sont plus facilement interprétés sur le mode de la psychologisation (*Ibid.*, p. 180-181), et donc renvoyés à la responsabilité de celle qui les subit – invoquer la pilule permet, pour Kelly, de résister à cette responsabilisation grâce à une cause externe.

Cela permet également, comme dans le cas de Juliette, de ne pas remettre en cause son couple. En effet, l'activité sexuelle apparaît pour les femmes comme « l'expression de la permanence de la relation et du couple (avec le pouvoir éventuel de résoudre des conflits conjugaux) » (Bozon 1998a, p. 231), d'où la crainte que peut engendrer une perte de désir pour la relation : « un refroidissement de l'activité sexuelle conjugale suscite automatiquement une interrogation sur l'avenir de la relation » (Bozon 2001a, p. 23). On se trouve ainsi dans un schéma d'injonction à la sexualité qui, s'il touche différemment les hommes et les femmes, peut être pesant pour les deux :

La « libération » s'est avérée « injonction », par le biais de la responsabilisation individuelle et la nécessité qu'elle implique d'un « gouvernement de soi » visant à la réalisation optimale de ses possibilités, y compris sexuelles. (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 561)

Comme le souligne John Gagnon, c'est dans ce contexte qu'il « devient possible pour un couple ou pour des individus de sentir qu'ils ne sont pas assez performants » (Gagnon 2008, p. 129). On peut se demander si la diffusion de ce nouveau modèle injonctif peut participer d'une remise en cause du fait qu'« une femme peut se dire sans désir, sans que son identité sociale soit mise en cause, surtout lorsqu'elle est devenue mère » (Bozon 1998a, p. 221-222). Il ne s'agit pas de dire que toutes les femmes sont concernées, mais bien de remarquer que pour certaines femmes, ce manque de désir est vécu sur le mode de la souffrance et non du constat, et peut susciter des interrogations de leur partenaire. Dans ces cas, la pilule – en tant que cause extérieure et sur laquelle on n'a pas de prise – apparaît comme un moyen légitime de dire son manque de désir sexuel. C'est ce dont témoigne bien le cas de Juliette⁴⁵, que l'on peut continuer à suivre :

Enquêtrice : Vous disiez que vous aviez l'impression que votre désir avait un peu diminué depuis quelques années c'est ça, vous avez vu une variation dans votre... (hochement de tête) C'est quelque chose qui vous gêne, qui vous embête ? Ou...

Juliette : ... Bah ! (air gêné) En en parlant oui, je veux dire... Oui, je pense que c'est plutôt mon compagnon, qui commence à me le dire un peu là. Par exemple. Voilà.

Enquêtrice : Il a l'impression...

Juliette : Bah que... « T'as moins envie, qu'est-ce qu'y a ?! » Voilà, donc je pense qu'on va commencer à en parler là, ça va pas tarder. [...] Plus on avance dans le temps, et plus je sens que ma libido décroît, alors que je suis jeune, alors que je suis amoureuse, alors... Enfin voilà, je me dis « Y'a bien quelque chose qui... » Y'a sûrement quelque chose qui joue... Et c'est vrai que j'avais pu repenser à cette histoire de libido et pilule, là. J'en avais longuement parlé avec une copine, et je m'étais dit « Tiens, il faudrait que je me penche sur la question ».

⁴⁵ Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

Dans le triple cadre de la pathologisation du manque de désir sexuel, qui peut encourager à lui chercher des raisons médicales, et donc extérieures, de sa psychologisation et d'une obligation à la sexualité qui touche aussi progressivement les femmes, la pilule peut apparaître comme un moyen de dire le manque de désir sexuel sans remettre en cause son couple ou son identité propre. La contraception médicale apparaît en effet comme un objet extérieur à la sexualité et au « gouvernement de soi », donc non maîtrisable, qui expliquerait que l'on ne ressent pas autant de désir que ce que l'on « devrait ». Parler de sexualité via la contraception pourrait alors permettre d'évoquer le problème, considéré comme peu légitime, surtout dans les classes moyennes et supérieures, de la baisse du désir. La probabilité d'utiliser une méthode hormonale tout en considérant qu'elle a des effets négatifs sur sa sexualité est d'ailleurs plus importante chez les femmes les plus diplômées :

Tableau 24. Effets de la contraception sur le désir pour les femmes utilisant des méthodes hormonales (en %)

	Plutôt positif	Plutôt négatif	Pas d'effet	Total
Aucun diplôme, CEP, BEPC	21	8	71	100
CAP, BEP	14	6	80	100
Bac général ou technologique	12	7	81	100
Bac+1 à bac+3	5	14	81	100
Bac +4 et plus	3	13	84	100
Ensemble	12	9	79	10

Champ : femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode hormonale de contraception (pilule, implant, patch, anneau vaginal, injections contraceptives).

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

Entre les femmes ayant le bac ou moins et celles qui ont plus que le bac, la déclaration d'effets négatifs varie du simple au double. Or, les femmes les plus diplômées sont celles chez qui « la sexualité est jugée importante voire indispensable pour leur équilibre personnel » (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 561) – et chez qui la baisse de désir est donc, peut-être, la moins acceptable. Pour Kelly, par exemple, ce n'est pas le cas : sa position sociale précaire ainsi que ses faibles capitaux économiques et culturels peuvent expliquer qu'elle n'est pas dérangée à titre personnel par le fait de ne plus ressentir de désir, dans la mesure où ils expliquent sans doute la moindre pénétration de la norme égalitaire dans son discours (Clair 2011, p. 72). Mais pour les femmes qui sont plus sensibles à cette norme égalitaire, la diminution du désir peut alors être problématique tant par rapport à *son couple* qu'à *soi-même*. C'est ce témoigne dont Camille⁴⁶, qui était en couple depuis environ cinq ans quand elle a ressenti une baisse de libido qu'elle a imputée à la pilule :

C'était surtout sur la libido que ça m'avait vraiment embêtée. Parce qu'à un moment j'étais vraiment... [...] À un moment c'était vraiment le calme plat quoi. Mais ça m'était jamais arrivé, ça m'a fait super flipper, je me dis « Bon, j'ai 24 ans », je sais plus, je devais avoir 23-24 ans, « J'ai plus de désir », ça craint quoi ! Ça m'a projeté

⁴⁶ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

dans un truc où je me disais... Oula... Soit on est déjà un vieux couple, soit j'ai un souci par rapport à ça, c'est horrible... C'est pas ce que j'envisageais de ma vie sexuelle...

La peur d'être « un vieux couple » ou d'avoir « un souci » a ainsi été centrale dans sa décision d'arrêter sa pilule, afin de faire coïncider son désir sexuel avec celui qui est attendu d'une jeune femme de 24 ans. Mais la même remise en cause peut aussi avoir lieu plus tard, comme cela a été le cas pour Odile⁴⁷ en atteignant la ménopause :

J'avais 49 ans, je me disais « Mais c'est pas possible de vivre encore 59, 69... » En tout cas 20 ans comme ça, je me disais, « Mais c'est un cauchemar ! Je vais aller dans un couvent, ou je vais faire autre chose, quoi ! » C'était pas possible, ça me semblait... [...] Le corps, on sent que le corps fonctionne, mais y'a plus aucun désir. Et ça c'est terrible aussi ! J'avais pas, je croyais qu'il y avait seulement le plaisir, mais y'a l'histoire du désir. [...] En fait, j'ai eu plus aucun désir. Et c'est affreux. Et là... il faut arriver à trouver quelque chose qui permette et le désir, et le plaisir. Autrement, ça sert à rien.

Si Odile avait anticipé d'éventuels problèmes de plaisir liés à la ménopause, en lien avec la sécheresse vaginale, le fait que son désir disparaisse relève du « cauchemar » et semble remettre en cause sa vision d'elle-même. Elle prend d'ailleurs, depuis, un traitement hormonal de substitution, cette baisse de désir ayant été prise en charge par l'institution médicale (sur le sujet voir Löwy et Gaudillière 2004). Ainsi, attribuer à la pilule un manque de désir peut apparaître, en particulier chez les femmes les plus diplômées, comme un moyen de résister à l'injonction à la sexualité tout en ne remettant en cause ni soi-même en tant que sujet désirant, ni son couple pour celles qui sont en couple.

C'est donc également dans ce qu'elle permet de dire pour résister aux injonctions actuelles en matière de sexualité que la contraception est intéressante : en tant que « prothèse » chimique susceptible de jouer sur le désir, la pilule apparaît ainsi comme une bonne raison externe, un motif légitime de dire une baisse de désir fréquente dans les couples de long terme.

2.2.2 Peut-on être un homme sans besoin sexuel ?

En ce qui concerne les hommes, le couple est moins souvent au cœur des questionnements sur la baisse de désir. Quand un enquêté exprime son angoisse de ne pas satisfaire sa partenaire en n'ayant pas assez d'envie, c'est plutôt vis-à-vis de lui-même que la situation est problématique que vis-à-vis de son couple. C'est par exemple le cas de Patrick⁴⁸, marié depuis dix ans :

Je reconnais qu'il y a des moments où je suis fatigué (petit rire). [...] Quand y'a le déclenchement, quand elle vient vers moi, etc., je me dis « Oula ! Est-ce que je vais y arriver ! » Enfin... J'ai envie, je veux pas la décevoir, et... « Est-ce que je vais assurer, est-ce que... ? » Euh... Bon. Et puis à un moment donné, avec les préliminaires, avec tout ce qu'il faut... Bon bah la machine se met en route.

⁴⁷ Psychologue retraitée, 71 ans, mariée, deux enfants (elle est suisse).

⁴⁸ Responsable ressources humaines, 47 ans, marié, « polyamoureux », trois enfants (sa femme a un DIU hormonal ; préservatifs).

Si Patrick mentionne sa femme, ce n'est pas parce qu'elle aurait des « besoins » qu'il lui faudrait assouvir : mais parce qu'il a peur de la « décevoir », de ne pas « assurer » en refusant de faire l'amour. Finalement, c'est plutôt son rapport à lui-même qui est en jeu, avec la crainte de perdre une forme de prestige liée à la masculinité, une masculinité « machine » qui doit toujours être prête à « mettre en route » le désir sexuel – et à assurer une érection.

Cette représentation d'une sexualité pulsionnelle indispensable à une image positive de soi-même devient problématique lors d'épisodes de baisse de désir. On retrouve alors le même type de raisonnement que du côté des femmes, à savoir la recherche d'une cause médicale, externe⁴⁹. Mais c'est plutôt une remise en cause de soi-même, et non de son couple au premier chef, qu'il s'agit d'éviter. Deux enquêtés en particulier permettent de bien cerner cette problématique. C'est d'abord le cas de Colin⁵⁰, actuellement célibataire, qui a expérimenté dans toutes ses dernières relations de couple une baisse de désir :

L'expérience m'a montré que ça finit par [...] disparaître. Enfin le désir charnel finit par disparaître. [...] Quand t'as 18, 20 ans... Non, tu te poses pas la question et t'as toujours envie, quoi. Et moi, dans mon vécu, à 30 ans, maintenant... C'est la pulsion du début qui crée le désir, et après... Si la relation s'installe, je trouve que ça diminue, quoi, ça a tendance à se faner, quoi, je sais pas comment dire.

Le fait de passer de la « pulsion » à un « désir charnel » moins important est vu par Colin de manière négative. Cette situation est d'autant plus problématique pour lui que ses dernières compagnes avaient plus de désir que lui :

Du coup ça pose un problème, parce que... C'est le déséquilibre, enfin... Ça suscite des questions de part et d'autre, forcément. Surtout de la part de celui qui a le plus envie, mais moi aussi de mon côté je me disais « C'est pas normal... » Et j'aurais bien aimé avoir plus envie, mais ça ne se commande pas donc voilà. Et donc... Donc ça peut créer un déséquilibre qui n'est pas souhaitable de toute façon, quoi.

Cette perte de désir a ainsi poussé Colin à rechercher plutôt la multiplication des partenaires occasionnelles, avec lesquelles il ne rencontre pas ce problème, afin d'éviter que ne se crée un « déséquilibre » sans doute d'autant plus problématique qu'il ne correspond pas à celui généralement observé, résultant d'une diminution du désir de la femme (Santelli 2018). Mais Colin, qui a subi étant plus jeune une orchidectomie⁵¹, a également cherché à résoudre médicalement ce problème :

Enquêtrice : Et tu dis que tu te demandais si c'était normal, etc., t'as cherché à identifier des causes de ça ou... ?

Colin : Ouais, bien sûr, j'ai cherché à identifier des causes (petit rire jaune). Et notamment d'ailleurs dans les taux de testostérone, j'ai même fait un bilan en me disant « Ça vient peut-être de là ». [...] Donc mon médecin de Pompidou, mon oncologue m'a prescrit un rendez-vous avec un andrologue et... Parce que je lui avais dit ça, je lui avais dit « Est-ce que le fait d'avoir eu cette opération, et cette

⁴⁹ De même, les problèmes d'érection donnent lieu à une focalisation masculine sur des causes biologiques plutôt que psychologiques (Michels 2013, p. 181-185).

⁵⁰ Coach et enseignant, 34 ans, célibataire (parfois préservatifs ; contraception de ses partenaires).

⁵¹ Ablation d'un testicule.

orchidectomie peut expliquer que le désir, la libido disparaisse, avec le temps. Plus vite que chez quelqu'un d'autre. » Et d'après mon père [qui est médecin], c'est niet. Parce que de toute façon, de la testostérone, y'en a suffisamment avec un testicule pour en fabriquer, etc. D'après lui c'est niet, moi j'ai toujours été convaincu que c'était pas anodin, etc. Mais je suis pas allé faire ce rendez-vous chez l'andrologue, je me suis dit « Bon. J'ai fait le bilan, il avait l'air, il était normal », je me suis dit « L'andrologue, qu'est-ce qu'il va pouvoir me dire ? » Si ça se trouve il aurait pu me dire quelque chose, mais voilà, je me suis dit que je préférerais pas épuiser toutes les explications possibles, et en garder une en réserve, pour plus tard.

La situation de Colin est la même que celle de Juliette : il a préféré annuler son rendez-vous afin de pouvoir « garder en réserve » cette explication de la diminution de son désir – et continuer à se dire que son absence de « besoin naturel » sexuel est due à un problème médical plutôt qu'à autre chose. Il faut également noter que contrairement à Juliette, à qui l'hypothèse d'une influence médicale sur son désir est soumise par sa sage-femme, Colin ne rencontre pas d'écho lorsqu'il cherche à médicaliser son manque de désir : si le désir des femmes est considéré comme faible et malléable par nature, ce n'est pas le cas de celui des hommes.

On retrouve un raisonnement proche chez un autre enquêté, Matthieu⁵², en couple depuis quatre mois, qui trouve que « [sa] libido a quand même baissé » et qu'il était « plus chaud entre guillemets, quand [il avait] la vingtaine ». On remarque que, comme pour Colin, ce n'est pas par rapport à une relation conjugale que la « baisse » de désir est constatée, mais par rapport à soi-même, en prenant l'avancée en âge comme échelle :

Tout ce que je sais c'est que je pense pas avoir une libido extraordinaire, parce que justement quand j'avais trop de partenaires j'étais... dépassé on va dire, quoi. Le plaisir diminuait, quoi. Et voilà, après je pense que ça dépend, ça dépend beaucoup des partenaires. C'est arrivé, en tout cas avec certaines partenaires... Qu'elles soient plus demandeuses que moi.

Le fait d'avoir des partenaires exprimant plus de désir que lui semble ainsi problématique à Matthieu. Il a cherché à comprendre cette situation « anormale », et a fait le lien avec un médicament contre la chute des cheveux qu'il utilise depuis quelques années et dont un des effets secondaires possibles est la baisse de libido. Néanmoins, arrêter le médicament quelques mois a eu peu d'effets : « Non, j'ai pas de souvenir spécial où je me suis dit “Oulala, mais ça revient, la libido revient”, non, je me suis pas dit ça. » Malgré l'avis d'un sexologue qu'il a consulté et qui lui a dit que « c'était dans la tête », il pense toujours que cela a un lien avec le médicament, qu'il prend à nouveau (car sinon il perdrait ses cheveux) mais en espaçant les prises :

C'est-à-dire que quand, si je couche avec une fille, en général je vais éviter de... Là si je sais que je vais coucher avec elle demain, par exemple, je vais éviter de prendre le médicament ce soir, je vais le prendre après, en fait. Mais bon, après... C'est ça le

⁵² Éducateur spécialisé, 33 ans, en couple et a des relations en dehors (sa compagne prend la pilule ; préservatifs sinon).

problème avec ce médicament, c'est que finalement je saurais jamais si ça a baissé ma libido ou pas, ou alors si c'est juste un truc... D'ordre psychologique.

Dans les deux cas, on voit la nécessité pour les hommes de chercher une explication à un désir sexuel qui ne leur paraît pas suffisant, ou qui diminue⁵³. Lorsque des causes qui peuvent être considérées comme légitimes, comme le rapport au travail, ne suffisent pas, c'est également vers d'autres causes externes que les hommes se tournent. Comme le montrait l'enquête CSF, on distingue ici « la difficulté pour un homme d'énoncer une absence de désir sexuel » et, donc, « la naturalisation des besoins sexuels masculins [qui] établit leur caractère irrépessible » (Bajos, Ferrand et Andro 2008, p. 549). En effet, cette naturalisation fait partie de la panoplie de la masculinité hégémonique en matière sexuelle.

Si les femmes doivent assurer une disponibilité physique à la sexualité, la disponibilité émotionnelle met en jeu tant la masculinité que la féminité. Les causes extérieures qui permettraient potentiellement d'expliquer une baisse de désir – et en particulier les méthodes de contraception hormonales pour les femmes – peuvent alors apparaître comme des manières de légitimer un désir moindre sans remettre en cause son couple ou son identité sociale. Mais si cette disponibilité émotionnelle continue est aussi importante, c'est parce qu'une valeur cardinale de la société contemporaine (Ehrenberg 1998), et en particulier de la sexualité, nécessite la conjonction des deux : la spontanéité.

3 Créer un contexte propice à la spontanéité : le travail des femmes sur la sexualité conjugale

Un désir véritable est réputé irrépessible : il se doit de « surgir », de ne pouvoir être modelé ou différé. Il se manifeste ainsi par une spontanéité double, qui recouvre tant l'absence de contrainte que celle de réflexion, de rationalisation. Cette idée d'un désir sexuel libre et instinctif s'articule à une autre valeur forte, celle de l'authenticité : le désir spontané c'est le désir vrai, incontrôlable, qui dévoile notre nature profonde et, donc, authentique. Comme l'expliquait la sociologue états-unienne Arlie Hochschild dès le début des années 1980, cette authenticité a d'autant plus de valeur dans une société où un « travail émotionnel » est de plus en plus couramment exigé et monétisé, par exemple dans le secteur tertiaire :

[Nous accordons] culturellement une valeur sans précédent au sentiment spontané, « naturel ». Nous sommes intrigués par les émotions qui ne sont pas contrôlées et par ce qu'elles peuvent nous dire. Plus nos activités de questionnaires individuels des émotions sont elles-mêmes gérées par des entreprises, plus nous avons tendance à glorifier l'existence de sentiments qui ne sont pas sous la coupe d'une telle gestion. (Hochschild 2017 [1983], p. 211)

⁵³ Par ailleurs, la masturbation n'est jamais mentionnée par les enquêté-e-s pour rendre compte de ces « problèmes » de baisse de désir, que ce soit pour dire son absence ou au contraire sa persistance, comme si masturbation et rapport sexuel à deux n'engageaient pas vraiment le même type de désir.

La sexualité est particulièrement concernée par cette augmentation de l'importance de l'authenticité de nos sentiments dans le sens où, comme l'écrivait Foucault, « le sexe a toujours été le foyer où se noue, en même temps que le devenir de notre espèce, notre vérité de sujet humain » (2001 [1977], p. 257). Cette idée d'un désir révélant notre « vraie nature » est particulièrement aigüe chez certain·e·s enquêté·e·s, comme Camille⁵⁴ :

Enquêtrice : Et c'est quelque chose qui est important, pour toi, la sexualité ?

Camille : Ouais. [...] Puis ça nous apprend beaucoup sur nous-mêmes, ça... Enfin... Puis sur une part bien particulière de nous, c'est quand même une dimension qui est pas à négliger, quoi. [...]

Enquêtrice : Ouais ? Quels types de trucs ça peut apprendre sur soi-même ?

Camille : Bah je sais pas, sur des choses... des choses un peu enfouies, je sais pas, des désirs profonds, des... .. Ouais, d'apprendre à se connaître soi, mais d'une... Pas dans, pas dans le paraître en fait, dans vraiment ce qu'on est profondément quoi, et vraiment les désirs refoulés, les pulsions, et puis même... Voilà, ça apprend sur soi, ça apprend sur l'autre aussi quoi, sur la manière... Je trouve qu'on en apprend pas mal sur une personne aussi, même quelqu'un qu'on ne connaît pas spécialement en fait, et qu'on a un rapport, sur sa façon d'être avec les autres, sa façon d'interagir aussi, dont interagit le corps, aussi... Il se passe quand même pas mal de choses ! J'ai jamais réfléchi en long en large (sourire), mais... (rire) Mais ouais ouais, je pense que ça apprend sur... notre nous profond, entre guillemets quoi. Le nous sous la façade quoi.

Cet extrait met particulièrement bien en valeur cette idée de la sexualité comme « révélateur » de choses « enfouies », de « désirs profonds », préexistants mais dont nous ne serions pas conscient·e·s, en bref d'un « moi profond » : « Le nous sous la façade quoi. » C'est comme si la sexualité nous permettait de nous affranchir de la « mise en scène de la vie quotidienne » (Goffman 1973 [1956]) à laquelle nous nous plions habituellement, comme si elle était un espace hors du monde social, qui nous permet d'en apprendre plus sur les autres, mais surtout sur nous-mêmes. Nicolas⁵⁵ utilise des termes proches pour évoquer son rapport à la sexualité :

C'est le moment où entre guillemets on se lâche, quoi. Enfin on se lâche... On se dévoile, y'a des pans de personnalité qu'on cache un peu en public, et qui peuvent ressortir à ce moment-là. [...] Pour moi ça doit être un moment où... Bon bah, on sera peut-être pas beaux, mais on s'en fout, on est là pour se faire plaisir, quoi.

Deux idées sont centrales ici : d'une part, cette représentation, largement popularisée par la psychanalyse, d'une « vraie personnalité » qui pourrait ressortir dans l'acte sexuel ; d'autre part, celle de la nécessité de « se laisser aller », quitte à laisser de côté pour un moment les conventions sociales (en l'occurrence esthétiques). La sexualité et l'intimité doivent ainsi être « productrices de lien et de connaissance de l'autre et de soi » (Bozon 2009b, p. 239), elles doivent permettre de mettre au jour notre « véritable » personnalité. On peut alors s'interroger avec Arlie Hochschild : « Pourquoi accordons-nous davantage de valeur aujourd'hui aux émotions non contrôlées, ingénues ? » Selon elle, « la réponse doit être que cela devient rare » (2017, p. 215). Mais si cela devient rare, pourquoi la sphère de la sexualité

⁵⁴ Monitrice-éducatrice, 26 ans, célibataire (retrait ou préservatifs).

⁵⁵ Ingénieur, 26 ans, fréquente une jeune femme (elle prend la pilule, ils utilisent parfois un préservatif).

serait-elle particulièrement épargnée par la gestion et l'échange économique des émotions ? L'étude de certaines méthodes contraceptives permet de montrer que ce n'est pas le cas – et que le travail pour faire croire à une spontanéité de la sexualité conjugale et du désir qui y est associé est un travail genré.

3.1 Les conditions sociales du désir spontané

Le désir sexuel a des dimensions sociales. En particulier, les conditions matérielles et les rapports de pouvoir à l'œuvre sont primordiaux pour pouvoir en rendre compte :

Passer le dimanche au lit ou profiter d'une heure d'absence des colocataires pour faire l'amour avec un-e partenaire choisi-e, accorder à des touristes la disponibilité de son corps en échange de cadeaux, céder à la pression ou à la menace d'un-e conjoint-e juridiquement ou économiquement dominant-e, s'astreindre à copuler à la période de l'ovulation dans l'espoir de concevoir... seraient des situations identiques du point de vue de la « fonction sexuelle ». (Vuille 2014, paragr. 12)

On peut également penser aux contraintes de santé, comme les maladies chroniques, qui réduisent le désir (Laporte et Beltzer 2008), mais la vie quotidienne elle-même a des effets sur celui-ci, en particulier pour les couples installés. Si le désir des débuts de relations est souvent formalisé comme un « besoin », il est ensuite attendu que « la sexualité conjugale procure moins d'excitation, mais plus de plaisir », car ce qui la caractérise « n'est pas de créer de l'inattendu, mais de l'attendu, et sans doute une forme de détente » (Bozon 2016, p. 108-109). Mais peut-on alors accorder baisse de désir, routine et spontanéité ?

Pour les couples installés, revient régulièrement la nécessité de prévoir des moments spécifiques pour faire advenir les rapports sexuels. Le rapport sexuel peut nécessiter un rituel (des « moments en amoureux ») car il *devient* lui-même un rituel. Juliette⁵⁶ explique par exemple que certains moments sont désormais plus « propices » au désir que d'autres :

Je sais pas, si on va manger au restaurant par exemple, ce qui nous arrive assez rarement, mais si on prend un temps qui sort du quotidien, des portables, de la télé, des lessives, enfin du quotidien quoi, je sais que c'est des moments où on a plus tendance à se parler, ou à fédérer un moment qui serait plus propice à rentrer, à faire l'amour, enfin je pense qu'il y a des conditions... Sauf qu'avant il n'y avait pas besoin de conditions quoi. Enfin on avait envie, on avait envie... Là j'ai l'impression qu'il faut créer un peu le moment idéal, quoi.

Le désir doit ainsi être permis et provoqué par les conditions extérieures. C'est également ce dont rend compte Eugénie⁵⁷, mariée depuis deux ans, mère d'une fille de deux ans et enceinte de quatre mois, selon laquelle il faut désormais « plus faire des efforts » car « c'est moins sur la spontanéité du début ». Mais elle souligne que la nécessité de conditions propices est plus facile à admettre pour elle que pour son mari :

Y'a beaucoup de soirs où en fait ça a aucune chance de marcher, parce qu'on va rentrer pas très tard, mais quand même suffisamment pour être fatigués... pas assez

⁵⁶ Éducatrice spécialisée, 36 ans, en couple (pilule).

⁵⁷ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte) ; méthode des températures avec le CLER).

disponibles, et après toutes les différences un peu hommes-femmes, ou en tout cas entre mon mari et moi, mon mari a pas besoin tellement qu'on se soit parlé pendant deux heures avant, et donc... Justement, lui il trouve, il trouve pas tellement l'argument de « On a des activités », parce que il trouve que en théorie ça le gênerait pas... [Mais] même lui, quand il revient d'un truc il est fatigué aussi ! Pas tellement fatigue physique mais plus un besoin de... Quand on rentre chez soi, on a envie de se poser un peu, et donc on n'est pas tout de suite disponible pour l'autre.

Si pour Eugénie il est évident que la sexualité n'a « aucune chance » d'avoir lieu certains soirs, son discours est plus ambivalent concernant son mari : elle justifie d'abord le fait qu'il n'ait pas le même discours par une représentation essentialisante, où l'on perçoit la « pulsion » masculine, avant d'en venir aux faits et d'ajouter que, finalement, lui non plus n'est pas toujours « disponible » pour elle lorsqu'il rentre le soir.

Or, certaines méthodes contraceptives peuvent contribuer à mettre à mal cette spontanéité désirée, comme le montrent les mentions de la crainte de la perte de spontanéité. Dans plusieurs couples, ce sont plutôt les hommes qui l'expriment (peut-être parce qu'ils sont plus légitimes à le faire). C'est par exemple le cas du mari d'Eugénie, qui utilise une méthode d'auto-observation incluant une période d'abstinence :

Enquêtrice : Et justement, sur cette question de l'abstinence, est-ce que c'est une difficulté pour vous, pour votre mari ?

Eugénie : [...] Voilà, mon mari une des choses qui l'embêtait pas mal, c'était de dire « Les relations sexuelles ça doit pouvoir être spontané, en fonction de facteurs... qu'on contrôle pas, enfin voilà, d'envies, de désirs, de circonstances qui font que... »

On retrouve ici la force de l'attachement du mari d'Eugénie à l'idée de « pulsion », les dimensions matérielles qui créent le désir étant à nouveau mises au second plan.

La tension entre conditions matérielles extérieures propices et nécessité d'une représentation en termes de spontanéité est particulièrement bien mise en évidence dans le discours de Sylvain⁵⁸, en couple depuis deux ans, qui raconte un rapport sexuel dont il a gardé un souvenir particulièrement positif :

Alors j'étais en coloc avec ma cousine. Donc c'était avec Annie, ma copine actuelle. Et il s'est trouvé que on s'est retrouvés pour, l'appartement pour nous, et que on avait un contexte très... Je dirais pas romantique, je dirais plus érotique, genre y'avait un vidéo-projecteur avec un clip de personnes qui s'embrassaient, mais on voyait que les bouches. Donc on était dans le noir, et y'avait que cette image qui était projetée, et c'est vrai qu'on s'est... On s'est donnés l'un à l'autre sur le carrelage, c'était une grande pièce avec juste cette image, et qui nous a permis de... On s'est beaucoup embrassés, enfin sur l'acte de cette vision, ça nous a beaucoup donné envie de nous embrasser, et petit à petit on est partis à se caresser, on est partis sur des préliminaires qui ont duré vraiment un long, long moment, et... et c'est vraiment passé, parce que le clip tournait en boucle, donc... y'avait une musique qui était tout le temps présente, c'était la nuit, donc... c'était vraiment *propice* à ce qu'y ait... À tout ce qu'on peut imaginer de sensuel ou autre, et on s'est donnés l'un à l'autre de façon assez... comment dire... imprévue. C'est venu tout seul. On n'a pas mis ça, c'était pas prévu,

⁵⁸ Étudiant, 23 ans, en couple (retrait et préservatifs).

et c'est ça qui donne l'intensité en fait à l'acte qu'on a pu faire, donc... suite à ces préliminaires on est passés à de la pénétration, pour revenir ensuite sur des préliminaires et jouir sur des préliminaires en fait. Et il me semble que c'est là où c'est... Enfin ça a été l'une de mes super fois passées en tout cas.

Ce récit est très éclairant par ces apparentes contradictions : Sylvain décrit une ambiance « érotique » et « vraiment *propice* » à la sexualité, avant d'ajouter que l'acte était « imprévu », et donc d'autant plus intense qu'il est « venu tout seul ». Pouvoir rendre compte d'un désir conjugal spontané est ainsi perçu comme positif. Malgré la mise en évidence de conditions matérielles qui encouragent la sexualité, il demeure important de rendre compte de la survenue du désir sous le registre de la « pulsion ». En effet, celui-ci fait partie du script même de la spontanéité : évoquer le fait que « c'est venu tout seul », c'est rendre nécessaire cette spontanéité dans la sexualité conjugale.

On a donc une représentation assez nette de ce qu'André Béjin qualifie de « spontanéité programmée », soit « être spontané en ne cessant de programmer ses comportements » (1990, p. 120). Il articule cette nécessité qui concerne le désir à celle de l'échange des plaisirs :

Il faut, en effet, coïncider avec son corps ou plutôt même *être* son corps afin de « laisser venir » le plaisir sans contrôle inhibiteur de la conscience, mais également se distancier de son corps pour mieux maîtriser les processus qui s'y manifestent, que ce soit en vue de sa propre satisfaction ou de celle du partenaire. Il faut, en d'autres termes, s'abandonner aux sensations sans cesser de soumettre ses actes à un calcul rationnel des « intérêts sexuels ». Le plaisir doit être, en même temps, un processus de production spontanée et une représentation théâtrale dont le cerveau serait l'ordonnateur. Il est requis de faire, dans l'acmé sexuel, l'ange et la bête : se soumettre, à la fois, aux règles idéales de la démocratie sexuelle et à tous les dérèglements suscités par l'instinct. (Béjin 1990, p. 118-119)

On retrouve ainsi dans le domaine de l'acte sexuel une difficulté également soulevée en ce qui concerne la mise en couple : celle de savoir, dans les premiers temps de la relation, à quelle fréquence on peut demander à voir son/sa partenaire. En effet, le faire trop souvent indique « un signe (inquiétant) de dépendance émotionnelle », et trop peu souvent « une certaine indifférence » et « un manque de sérieux » : bref, en la matière également, si une « volonté spontanée d'individus libres de retrouver le partenaire » est attendue, « être spontané demande un certain doigté et beaucoup de réflexion » (Giraud 2017, p. 147). La spontanéité représente une valeur centrale de la sexualité comme de la relation conjugale.

La spontanéité, ou plutôt son apparence, peut également être importante pour les rapports occasionnels. Le fait d'utiliser des objets qui ont dû être apportés, et donc qui dévoilent le fait que la relation a été dans une certaine mesure anticipée, peut ainsi être considéré comme problématique. C'est ce qu'explique Olivier⁵⁹ : lors d'un rapport occasionnel, il préfère quand la femme sort le préservatif

⁵⁹ Professeur en classes préparatoires, 35 ans, en couple (sa compagne prend la pilule mais l'oublie souvent ; préservatifs).

pour ne pas paraître « lourd » (voir chapitre 7, section 2.1.3), mais également pour ne pas donner à voir qu'il avait prévu le rapport :

Même si c'est... Bon, les choses sont quand même très codifiées... On sait quand même globalement pourquoi on est là, entre grands guillemets... [Mais] j'aime à croire parfois que y'a une... comme si c'était arrivé naturellement, et de manière... spontanée.

Olivier lui-même ne semble pas complètement dupe, indiquant qu'il aime à se représenter le rapport occasionnel « comme si » il était spontané. Mais cette programmation de la spontanéité nécessite une forme de travail – et n'est donc pas invisible pour tout le monde.

3.2 Les coulisses de la sexualité

Le fait que le désir féminin soit vu comme plus faible et plus malléable a une conséquence importante sur la sexualité : l'adaptation des femmes aux « besoins » masculins est naturalisée dans les représentations. En effet, ne pas s'adapter aux besoins masculins, c'est prendre un risque, dans la mesure où les hommes « ne peuvent pas » retenir ces désirs. Cette représentation est au fondement de certaines justifications de la prostitution, mais également de la minimisation des violences sexuelles des hommes sur les femmes. C'est parce que cette idée prévaut qu'il paraît plus simple de conseiller aux femmes de prendre des mesures de précaution (dans la manière de s'habiller, les lieux à fréquenter, les horaires où sortir, etc.) que de chercher à changer le comportement des hommes.

Comme le fait remarquer Stevi Jackson, cette compétence féminine à s'adapter aux « besoins » des hommes est vue de manière d'autant plus naturelle qu'elle ne se limite pas à la sexualité :

Les femmes en sont encore souvent à se discipliner pour correspondre à un modèle de sexualité donnant priorité aux désirs masculins et définissant la satisfaction féminine en termes d'amour et de don du plaisir. Cet attribut de la féminité ne se limite d'ailleurs guère à la sexualité : l'éthique qui consiste à servir les hommes est à la base de bien d'autres aspects des relations de genre, comme l'appropriation par les hommes du travail des femmes et de leur corps. (Jackson 1996, p. 23)

Le désir s'inscrit ainsi dans une gestion genrée des émotions ; or, comme le montre Arlie Hochschild en ce qui concerne le travail salarié, « les hommes n'ont généralement pas été formés pour faire de leurs émotions une ressource », ce qui implique qu'il est « moins probable qu'ils développent leurs propres compétences pour gérer les sentiments » (2017 [1983], p. 185). Les femmes sont quant à elles habituées à analyser leurs émotions et à les diriger, tant dans la sphère familiale et conjugale que dans la sphère professionnelle (c'est en particulier le cas en Amérique du Nord ; sur le sujet voir Illouz 2006, p. 72-77). Leur expérience des sentiments n'est pas celle d'un besoin surgissant, mais bien plutôt d'un signal qu'il s'agit de modeler. Matthieu Trachman souligne bien que le fait de considérer son désir comme extérieur à soi et pouvant s'exprimer à loisir dépend de conditions sociales précises :

L'idée que l'expérience du désir est celle d'une déprise occulte les multiples manières par lesquelles les femmes hétérosexuelles, les lesbiennes et les gays sont tenus de cacher leurs désirs, de les ajuster à des normes tandis que d'autres peuvent leur laisser libre cours. (Trachman 2016, p. 215)

Ainsi, dans le cadre d'une relation hétérosexuelle, le désir ne peut se faire spontanément que pour certains individus – en particulier les hommes – et au prix du travail d'autres individus – en particulier les femmes. C'est ce que critiquait déjà, dans son essai « On Sexuality as Work » (2012 [1975]), la philosophe féministe Silvia Federici. Les femmes font en effet un travail pour ajuster leurs désirs qui est bien un travail *émotionnel* au sens d'Hochschild, mais qui est également un travail *matériel* sur leur sexualité. À partir de ce constat, et d'une réflexion sur les relations hétérosexuelles de long terme, les sociologues britanniques Jean Duncombe et Dennis Marsden évoquent un « *sex work* », que l'on pourrait traduire par « travail sur la sexualité⁶⁰ » :

Comme dans le travail émotionnel, dans le « travail sur la sexualité » les individus « gèreraient » leurs émotions en fonction de « règles de sentiments » définissant la manière dont la sexualité *doit* être vécue (Hochschild, 1983), et ce afin d'essayer d'atteindre ou de simuler (pour eux-mêmes et/ou leurs partenaires) un épanouissement sexuel qu'ils ne ressentiraient pas de manière « spontanée⁶¹ ». (Duncombe et Marsden 1996, p. 221)

Mais tous les partenaires ne performant pas un tel travail sur leur sexualité : comme le soulignent les sociologues en suivant Hochschild, ce sont en particulier les femmes qui le mettent en œuvre, « les hommes n'ayant pas l'empathie et les compétences émotionnelles requises pour cela⁶² » (*Ibid.*, p. 222). Néanmoins, ils invitent à prendre également en compte, en plus de cette inégalité genrée institutionnalisée par la socialisation différenciée, un niveau plus interpersonnel : celui du couple, où le travail sur la sexualité s'inscrit dans l'échange inégal plus général de différentes ressources – même si à ce niveau se déploie également un discours naturalisant et hiérarchisant hommes et femmes (*Ibid.*).

Si les travaux sociologiques mettent en avant que l'initiative et le désir de la relation sexuelle sont aujourd'hui plus partagés, là où ils étaient auparavant largement masculins, le *travail* du désir ne l'est pas forcément pour autant. Mais mettre au jour ce travail du désir n'est pas chose aisée, dans la mesure où ce travail « en profondeur », ou *deep acting* (Hochschild 2017 [1983]) n'est pas forcément perçu par la personne qui la met en œuvre. Il se fait ainsi largement en coulisse. Étudier des méthodes contraceptives qui ne permettent pas de naturaliser autant la spontanéité que les méthodes médicales permet de mettre en évidence ce travail sur le désir effectué par les femmes : un travail sur leur propre désir, et sur celui de leur partenaire.

Il existe différentes manières, plus ou moins conscientes et plus ou moins faciles à mettre en place, d'avoir une influence sur les émotions que nous ressentons. Dans *Le prix des sentiments*, Arlie Hochschild en distingue deux principales :

⁶⁰ La traduction plus fidèle qu'est « travail sexuel » présente un risque de confusion avec des prestations relevant de la prostitution au sens strict.

⁶¹ “By analogy with emotion work, in doing ‘sex work’ individuals would ‘manage’ their emotions according to ‘feeling rules’ of how sex ought to be experienced (Hochschild, 1983), to try to attain or simulate (for themselves and or their partners) a sexual fulfilment they would not feel ‘spontaneously’.”

⁶² “[Most emotion (and by analogy sex) work will be performed by women, with] men lacking the necessary emotional empathy and skills.”

Nous sommes tous plus ou moins des acteurs – mais nous pouvons l’être de deux manières. Selon la première, nous essayons de modifier notre apparence. [...] L’action se situe dans le langage du corps, dans le rire forcé, dans le haussement d’épaules affecté, dans le soupir réprimé. Il s’agit là du jeu en surface. L’autre manière de jouer est un jeu en profondeur. Ici, ce que l’on montre est le résultat naturel d’un travail sur les sentiments. L’acteur n’essaie pas de paraître joyeux ou triste mais [...] exprime plutôt spontanément un sentiment réel, qui a été induit par l’individu lui-même. (Hochschild 2017 [1983], p. 56-57)

En ce qui concerne le travail sur la sexualité, on retrouve ces deux types de « jeu » sur soi-même, comme on le voit particulièrement bien en s’intéressant aux utilisatrices de méthodes d’auto-observation (MAO). Les rapports sexuels pénétratifs non protégés sont en effet circonscrits à une période limitée du cycle : et il s’agit de diriger au maximum la spontanéité vers cette période. L’exemple de Caroline⁶³, qui évoque les « côtés chiants » d’utiliser une MAO, est particulièrement parlant :

Les côtés chiants c’est par exemple au début, euh... Quand, en tout cas pour mon cas, avant que je puisse dompter, donc dompter ma libido entre guillemets, bah justement les moments où j’avais le plus envie c’était les moments où il fallait faire le plus gaffe, donc... soit préservatif, soit rien, mais dans ces cas-là... Rien faut lutter quoi, euh... Et les moments où j’avais pas envie, euh bah... Bah se forcer, pas se forcer, mais c’est-à-dire que bah voilà, quand vous dormez tous les jours avec quelqu’un lui à un moment il a quand même des besoins quoi donc... Donc il faut aussi un peu penser à l’autre entre guillemets, et du coup de temps en temps faire ce qu’il faut alors qu’en soi, si on était égoïste... on ferait rien quoi. [...] Donc si je rentre dans ma période fertile par exemple, et bah je fais tout entre guillemets pour ne pas être sexy. Parce que je sais qu’entre guillemets c’est nient, donc je veux pas le... voilà le... comment on dit le... Je veux pas le tenter, je veux pas le provoquer, le tenter pour après dire non, parce qu’après c’est toujours évidemment moi après qui ait le mauvais rôle. [...] Donc c’est-à-dire je mets plus mes sous-vêtements ultra-chics, je m’habille pas forcément hyper sexy etc., et du coup il devrait capter quoi.

Ici, Caroline effectue d’abord un travail *en profondeur* sur son propre désir : il s’agit de réussir à ressentir spontanément du désir pendant la période infertile, afin d’éviter la frustration. Mais elle effectue aussi un travail *en surface* pour modeler le désir de son partenaire – et lui éviter ainsi, à son tour, la frustration. Afin de ne pas avoir à le repousser, il lui faut éviter de provoquer chez lui du désir, par exemple en rendant son apparence moins désirable qu’à l’ordinaire (en jouant sur la tenue, le maquillage, la coiffure, voire sur l’humeur). C’est ainsi bien Caroline seule qui, dans les deux cas, en plus de prendre en charge la contraception, fait ce travail double permettant d’éviter de vivre une sexualité « frustrante ».

En regard du travail *en surface* apparaissent par ailleurs les efforts que Caroline déploie lors de ses périodes non fertiles, avec des « sous-vêtements ultra-chics » par exemple. On peut en fait distinguer deux « panoplies » qui ont des significations en termes de sexualité et qui recourent les signaux « rouge » ou « vert » du moniteur de contraception de Caroline (voir chapitre 8) : une pour les périodes fertiles (périodes « feu rouge » : « pas sexy »), une pour les périodes non fertiles (périodes « feu vert » :

⁶³ Designer, 35 ans, en couple, un enfant (moniteur de contraception ; cherche à être enceinte).

potentiellement « hyper sexy »). Dans l'intimité, s'habiller d'une certaine manière, c'est informer son partenaire de sa disponibilité, voire de son consentement ; quand une autre tenue sera plutôt un « habit contraception », visant à décourager les approches. Et il faut surveiller son attitude pour ne pas envoyer le mauvais « signal », sous peine de provoquer une méprise, comme l'explique Eugénie⁶⁴, qui pratique la méthode des températures :

Ça, je dirais que y'a eu un quiproquo une fois. Où lui pensait que comme j'avais... entre guillemets fait des avances, c'était une période infertile et en fait non, mais... Bon, j'avais pas fait exprès, enfin bref ! (rires) Mais oui, une fois y'a eu un quiproquo...

Bien qu'elle n'ait « pas fait exprès », Eugénie a envoyé un mauvais signal à son mari : elle doit donc gérer sa déception et sa frustration. Mais son propre désir est ici passé sous silence, alors qu'on a vu avec Caroline qu'il peut constituer la première source de travail sur la sexualité.

Si l'on s'intéresse en effet au travail pour susciter son propre désir, on remarque qu'il est plutôt le fait des femmes. D'abord, parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir des rapports sans forcément en avoir envie à l'origine (voir *supra*). Mais ce travail se donne particulièrement à voir dans la gestion d'une méthode de contraception qui permet de ne pas utiliser de préservatif, mais qui présente d'autres désavantages pour la femme : le diaphragme. En effet, son utilisation requiert l'utilisation de gel spermicide ainsi qu'une certaine dextérité, qui amène souvent les femmes à l'installer en amont des rapports sexuels, sa pose ne semblant pas pouvoir être insérée dans le script sexuel. C'est donc aux femmes qu'incombent le travail de déterminer le moment propice et la correspondance de ce moment et de leur désir. Mais c'est aussi toujours de la gestion matérielle de l'objet et de l'éventuel renouvellement du gel spermicide, en cas de nouveaux rapports ou toutes les deux heures, qu'elles sont responsables. Par ailleurs, l'objet doit être porté au moins six heures après le dernier rapport, mais ne peut l'être plus de vingt-quatre heures. C'est donc ici sur le temps court que les questions de la spontanéité et du travail sur le désir se posent. Il s'agit, pour l'utilisatrice, d'anticiper les éventuelles relations qu'elle aura dans les moments qui suivront – sous peine de devoir interrompre le rapport sexuel pour aller de son côté mettre en place le dispositif (on retrouve ici, accentués, des reproches souvent faits au préservatif masculin). Le travail qui se joue ici est donc un travail d'anticipation à la fois de son propre désir et de celui de son partenaire. C'est ce dont rendent compte les femmes qui l'utilisaient dans les années 1960 (voir chapitre 4, section 3.3), mais également les rares utilisatrices actuelles comme Delphine⁶⁵, qui évoque ses « aspects contraignants » :

Alors principalement le fait de devoir soit anticiper l'acte, soit faire... Enfin, soit couper la spontanéité en le mettant tout de suite. Des fois c'est vrai que, y'avait des fois où je me retrouvais soit à me forcer à faire l'amour, parce que je l'avais mis (petit rire), et que... je me dis « Je vais quand même pas l'avoir mis pour rien ! » (rires) C'est un peu idiot, mais... Soit au contraire je renonçais à faire l'amour, parce que j'avais

⁶⁴ Ingénieure, 28 ans, mariée, un enfant (enceinte ; méthode des températures avec le CLER).

⁶⁵ Professeure en lycée, 29 ans, mariée, deux enfants (DIU au cuivre après un an de diaphragme).

pas le courage de me relever pour aller le mettre (petit rire). Donc voilà, c'était un peu ça qui était contraignant. Plus le fait de devoir le laisser six heures, donc de devoir penser à l'enlever, en général on faisait l'amour plutôt le soir, et du coup il fallait que je pense à l'enlever le lendemain matin, euh... Et ça m'est arrivé une fois ou deux d'oublier, donc... (petit rire)

Le travail qui se joue ici est donc un travail d'anticipation à la fois de son propre désir et de celui de son partenaire. Lorsque cette anticipation ne correspond finalement pas à son désir ou à son absence de désir, Delphine doit alors effectuer un travail émotionnel sur celui-ci (« se forcer » ou « renoncer ») afin de maintenir l'apparence de spontanéité autour des rapports.

Mais le travail peut également viser le désir du partenaire. Il est ainsi attendu des femmes qu'elles effectuent un travail sur leur apparence physique, souvent coûteux en temps et en argent, pour susciter chez leur partenaire un désir pourtant supposé toujours déjà là :

Dans un cadre hétérosexuel, le corps féminin est séduisant s'il est transformé, canalisé. Le corps masculin est séduisant naturellement et demande peu de travail. Le corps féminin est sans cesse un objet de souci : épilation, minceur, hydratation de la peau, manucure, pédicure, coiffure. Ces normes esthétiques contraignent les femmes à désirer sans cesse la modification de leur aspect corporel. Au contraire, une très faible pression esthétique pèse sur les hommes hétérosexuels. (Legouge 2014, p. 62)

On pourrait ajouter, comme on l'a vu avec Caroline, que la tenue peut aussi nécessiter une forme de travail (en particulier la lingerie, mais pas uniquement). Cependant, ce travail sur leur corps et leur apparence⁶⁶ n'est pas le seul que peuvent effectuer les femmes. Dans le cadre des MAO, en particulier, un travail sur le désir est nécessaire pour gérer la « frustration » qui peut découler de l'impossibilité d'avoir des rapports non protégés lors des périodes de fécondité. On a vu que c'était le cas pour Caroline, mais Marie-Bénédicte⁶⁷ rapporte une situation semblable :

L'abstinence, c'est pas facile, hein ! Donc y'a des moments où bah au moment de la période ovulatoire, la femme physiologiquement a quand même plus de désir, donc c'est là où, bah, si on désire espacer [les naissances], y'a une générosité de la femme à avoir vis-à-vis de son mari, c'est pas le moment de faire sa petite chatte, de... Et c'est là où on s'épaule et c'est là où on construit un capital couple, on s'épaule l'un l'autre, hein ! Et donc du coup, bah on... dans cette période qui n'est pas facile, d'abord on peut s'ouvrir aux autres, on peut à ce moment-là ouvrir sa porte, inviter des amis, ça ouvre le couple à autre chose sinon... je dirais on pète les plombs ! (petit rire)

L'évidence de l'effort attendu de la femme est d'autant plus surprenante que Marie-Bénédicte commence par insister sur le fait qu'au moment du cycle dont il est question, « la femme physiologiquement a quand même plus de désir », et que l'extrait se termine sur l'idée que l'abstinence est susceptible de faire « péter un plomb » au couple, et non pas seulement à l'homme. Malgré cela, c'est bien elle qui doit faire preuve de « générosité » et ne pas susciter de désir chez son mari. Eugénie décrit

⁶⁶ Ce travail sur l'apparence s'inscrit plus largement dans une attention portée par les femmes à celle-ci, sous peine d'être « invisibilisées » socialement, en particulier lorsqu'elles vieillissent. Elles cherchent ainsi à « rester présentables » pour ne pas être dévalorisées (Bozon, Gaymu et Lelièvre 2018, p. 407).

⁶⁷ Femme au foyer (infirmière de formation), 53 ans, mariée, cinq enfants (méthode Billings).

également de manière encore plus détaillée son rôle dans la gestion du « désir spontané » dans le couple. Elle s'observe le matin, et c'est donc elle qui sait si un rapport pénétratif est possible ou pas et qui peut en informer son compagnon ou agir en fonction :

J'ai l'impression que c'est souvent moi qui ai entre guillemets l'initiative quand on a des relations sexuelles, et du coup bah effectivement, je le fais plus ou moins selon ce que j'ai en tête de... Est-ce que c'est un bon moment ou pas. Moi pour le coup ça me gêne cette idée d'éviter, ou de faire exprès...

Ainsi, le fait d'être la seule à savoir quand les rapports peuvent avoir lieu lui donne certes l'initiative, mais en éloignant pour elle toute spontanéité. Le détour par la contraception nous permet ainsi à la fois de remettre en cause cette spontanéité du désir et de souligner la place du travail des femmes sur elles-mêmes et sur leurs désirs dans la production de ceux des hommes. Un travail d'autant plus invisible qu'il repose sur l'idée que les désirs des hommes relèvent plus fréquemment que ceux des femmes du besoin (voir *supra*), et sont donc moins susceptibles d'être « travaillés ». Finalement, comme l'exprime bien Eugénie à propos de son mari :

Moi je trouve que l'aspect spontané est surtout très important d'un point de vue théorique pour lui. C'est-à-dire que d'un point de vue théorique, il trouve qu'on... Il trouvait, et tout ça, que c'était difficile d'imaginer qu'il y ait des barrières, mais en réalité l'aspect spontané c'est toujours moi qui ait fait le premier pas, donc je trouve pas ça spontané pour moi ! (rires) C'est pas toujours, je le charrie un peu, mais... Spontané, c'est j'ai fait exprès de bien m'habiller, mais c'est moi qui ait fait exprès mais il me dit de le faire, donc... L'aspect spontané, c'est que bien sûr si on va dîner en amoureux, on va spontanément... Mais en fait on a fait tout ce qu'il fallait pour, donc moi je trouve pas ça complètement... qui tombe du ciel, quoi vraiment.

Non seulement Eugénie fait « le premier pas », mais aussi, pourrait-on ajouter, tout le travail préliminaire rendant possible cette spontanéité. Le travail sur la sexualité a donc lieu tant en surface qu'en profondeur, sur ses propres désirs et pour ceux de son partenaire.

Or, dans le cas du travail « en profondeur », c'est à un travail « sur soi » particulier que l'on assiste, dans la mesure où cette charge supplémentaire porte le risque d'entraîner les individus vers une forme d'indisponibilité à soi. Comme l'indique la philosophe féministe Marilyn Frye (1983) pour d'autres contextes, s'occuper du « *background* » (l'arrière-plan) empêche de prendre pleinement part au « *foreground* » (le premier plan), qui ne pourrait pourtant exister sans le premier. Cela semble d'autant plus problématique dans une société qui considère, comme on l'a vu, que le désir recèle la « vérité profonde » d'un individu. En plus de participer d'un modèle inégalitaire de sexualité, ce travail en coulisse sur la sexualité qui sous-tend l'expérience féminine entraîne ainsi un risque pour les femmes : celui d'une prise de distance par rapport à leurs propres désirs, et donc d'une moindre satisfaction sexuelle. Finalement, la sexualité n'est pas ressentie de manière oppressive ou aliénante seulement tant

que les sentiments ressentis correspondent à ceux qui sont attendus : « se sentir libre, c'est se sentir bien dans ses chaînes⁶⁸ » (Duncombe et Marsden 1996, p. 236).

4 Conclusion

Même si les pratiques sexuelles des hommes et des femmes se sont rapprochées, les représentations genrées du fonctionnement du désir persistent. On le remarque tant dans les enquêtes quantitatives ou qualitatives sur la sexualité que dans l'analyse des recherches de sciences dites exactes (en particulier les neurosciences ou la biologie) sur le sujet. La diffusion d'un ethos égalitaire et la prise en compte des différences autres que genrées – en fonction de l'âge, du milieu social, etc. – ne permettent pas de remettre complètement en cause la force de ces représentations, qui puissent leur source dans les autres sphères de la vie sociale : travail salarié, partage des tâches domestiques, etc. Ces représentations naturalisent en particulier un désir subalterne du côté des femmes, auquel répond un « besoin » sexuel permanent du côté des hommes. Or, la diffusion de la contraception a entériné la disponibilité physique des femmes. Par ailleurs, l'injonction à la sexualité largement présente aujourd'hui, du moins pour les personnes considérées comme n'étant ni trop jeunes, ni trop vieilles, encourage à une disponibilité émotionnelle tout aussi importante et qu'il est difficile de remettre en cause, sous peine de fragiliser tant son rapport à soi (en particulier pour les hommes) qu'à son couple (en particulier pour les femmes).

Si ces deux types de disponibilités doivent être assurés, c'est pour permettre aux rapports sexuels de s'inscrire dans le cadre d'une spontanéité considérée comme centrale. Mais cette spontanéité a un envers : elle est largement rendue possible par un travail féminin sur la sexualité, comme permet de le mettre en évidence l'étude de certains moyens de contraception. Ainsi, c'est par un travail en coulisse – en surface, mais aussi en profondeur – que les femmes parviennent à créer les conditions d'un désir « spontané » tant chez elles que chez leurs partenaires – au prix, néanmoins, d'une prise de distance avec leurs sentiments potentiellement coûteuse dans leur rapport à elles-mêmes.

⁶⁸ “To feel free is to lie easy in one's chains.”

Conclusion

Étudier les scripts contemporains de la sexualité hétérosexuelle « banale » nécessite de prêter attention à la manière dont plaisirs et désirs se répondent, ainsi qu'aux valeurs sur lesquelles ils reposent. En particulier, on remarque l'affirmation d'une *réciprocité* des pratiques et des plaisirs ; l'articulation de la *performance* masculine et de la *disponibilité* féminine (mais une forme active de disponibilité), qui doivent pouvoir permettre à la pénétration pénovaginale d'avoir lieu à tout moment ; enfin, la force de la *spontanéité*, à laquelle correspond un discours sur le désir masculin comme besoin qu'il faut satisfaire et la réalité d'un travail féminin non seulement sur la contraception, mais également sur la sexualité. Le récit détaillé par Guillaume de son dernier rapport sexuel, en annexe F, rend particulièrement bien compte de ces différentes dimensions. Les scripts demeurent ainsi très largement genrés, et l'on peut avancer que malgré des apparences d'égalité, dans l'exercice de la sexualité contraceptée, « les hommes construisent des scripts conformes à leur intérêt, tandis que les femmes et les hommes les appliquent » (MacKinnon 2012, p. 103).

La réciprocité qui se donne à voir dans la norme d'« échange des orgasmes » (Béjin 1990) est largement répandue dans les discours. Mais ce sont également le plaisir et, plus concrètement, les pratiques qui s'échangent, selon une logique du don et du contre-don immédiat, qui permet de ne pas rester en dette. Cette norme est d'autant plus importante que l'engagement dans la relation est fort. Néanmoins, cette réciprocité se rapproche d'une « pseudo-réciprocité » (Gilfoyle, Wilson et Brown 1992) dans le sens où, sous le discours de l'échange du même avec le même, les femmes sont plus susceptibles de renoncer à avoir un orgasme. La diffusion d'un « ethos égalitaire » (Clair 2011) rend cependant difficile d'assumer un tel renoncement, en particulier pour les femmes des classes moyennes et supérieures qui y sont les plus perméables. Cela les place face à des injonctions contradictoires : le script du rapport sexuel reste centré sur le plaisir masculin, alors que la diffusion d'une norme égalitaire les enjoint à affirmer la prééminence de leur propre orgasme, pourtant plus difficile à atteindre si elles s'en tiennent à ce script. À l'inverse, les hommes peuvent légitimement affirmer faire passer leur orgasme, pourtant plus systématique, au second plan.

Le script n'est pas seulement *centré* sur la pénétration pénovaginale, il est *constitué* par celle-ci, qui apparaît comme une condition pour qu'un échange de pratiques sexuelles devienne dans les discours un rapport à part entière. Or, cette pratique ne stimule pas forcément la partie externe du clitoris, nécessaire à l'orgasme pour la majorité des femmes, alors qu'elle favorise celui des hommes. Néanmoins, les femmes y demeurent largement attachées, car il est investi de significations qui dépassent la question du plaisir ou de l'orgasme. Centré sur le plaisir masculin, le script demeure néanmoins androcentré.

Cette centralité de la pénétration est largement encouragée par la contraception médicale. En effet, il s'agit de la seule pratique susceptible de provoquer des grossesses non désirées et l'une des principales, avec la pénétration anale, à pouvoir être vectrice d'IST. Or c'est bien une contraception médicale efficace qui rend sa pratique possible à tout moment – alors que le développement d'autres pratiques sexuelles, non susceptibles de provoquer une fécondation, aurait également pu être encouragé. Le fait que le préservatif soit devenu un symbole des débuts sexuels témoigne également de la force de cette pratique : la première fois, c'est la première pénétration. Ce sont donc bien une performance masculine (avoir et maintenir une érection) et une disponibilité féminine qui sont attendues. Cette disponibilité est d'ailleurs double : d'une part, une disponibilité physique (rendre son corps infertile grâce à la contraception) ; d'autre part, une disponibilité émotionnelle, c'est-à-dire un désir sexuel qui doit s'adapter à celui du partenaire, toujours largement formalisé comme un besoin à assouvir. La contrainte de l'absence de pénétration dans le script peut contribuer à dénaturer ces scripts, sans pour autant renverser des rapports de pouvoir hétérosexuels qui demeurent encastrés dans des structures sociales plus larges.

En effet, indépendamment de la pénétration, c'est également par un travail en coulisse sur leur corps, leur désir et celui du partenaire que se manifeste la position subordonnée des femmes dans la sexualité. Elles effectuent ainsi un travail en surface sur elles-mêmes – sur leur corps, leur attitude, leurs vêtements, etc. –, mais également un travail en profondeur sur leur désir. Perçu comme peu important, réactif et subalterne (Bozon 2018b), le désir féminin serait donc plus malléable. Il est alors le plus susceptible de s'adapter, d'autant plus qu'il fait face à un « besoin » masculin dont la spontanéité ne peut être entravée. Or, ce sont bien les femmes qui donnent à leurs partenaires les moyens de cette spontanéité, en particulier dans le cas des relations installées. Cette norme de spontanéité sexuelle est donc largement hétéronormée.

Conclusion générale

La sexualité aux temps de la contraception

La sexualité est une activité sociale encadrée par des normes et informée par des représentations en évolution. Le second XX^e siècle et le début du XXI^e siècle ont vu une transformation importante de ces normes et de ces représentations : baisse de l'âge au premier rapport sexuel pénétratif, diminution de l'emprise des normes institutionnelles au profit de normes plus diffuses (et parfois contradictoires), apparition d'une conjugalité hors mariage légitime, développement d'une jeunesse sexuelle récréative, rapprochement des expériences masculines et féminines, etc. L'un des changements majeurs qui ont accompagné ces évolutions tient dans les recompositions de la contraception : d'une sexualité au cours de laquelle la technique la plus utilisée, le retrait, était partie intégrante du script sexuel, on est passé à une sexualité très largement contraceptée médicalement, donc de façon extérieure au script. L'évolution des techniques contraceptives, provoquée par les évolutions sociales, a en retour participé des recompositions de la sexualité, de la conjugalité et des rapports de genre.

Étudier la sexualité ordinaire contemporaine, qui a intégré la contraception, n'est pas chose aisée. En effet, le fait que contraception et sexualité soient articulées l'une à l'autre demeure largement invisible. Prendre la pratique contraceptive comme point de départ pour étudier la sexualité et ses transformations aboutit à des résultats éclairants, même si des pistes peuvent encore être suivies pour les prolonger. Ce travail permet, d'abord, de mieux renseigner l'évolution de l'utilisation de la contraception elle-même et des réflexivités sexuelles qui émergent par son utilisation. Mais il met aussi en évidence la facilité avec laquelle l'« ordre du genre » parvient à se recomposer en s'adaptant aux innovations techniques et à la médicalisation des pratiques. Enfin, il dessine les contours d'une « banalité sexuelle » largement impensée, et qui repose sur l'existence même de la contraception. Cette description du monde social peut servir de socle pour penser, dans la lignée des utopies féministes, ce que serait une véritable émancipation sexuelle des hommes et des femmes.

1 Prolonger la recherche : des pistes à explorer

Ces résultats permettent une meilleure appréhension de la sexualité contemporaine dans ses aspects concrets, à partir de l'étude des pratiques et non pas des seuls discours. Néanmoins, ils ne prétendent pas épuiser le sujet.

D'abord, parce que c'est uniquement la France qui a fait l'objet des réflexions de cette thèse. La décision a en effet été prise de privilégier une comparaison historique à une comparaison internationale. Les résultats sont donc spécifiques à un pays et à un *contraceptive method mix* précis. Ce qui est particulièrement typique du cas français, c'est la manière dont la pilule structure le rapport avec la contraception médicale et rend la responsabilité contraceptive particulièrement pesante pour les femmes. Ailleurs, le recours répandu à la stérilisation masculine (Grande-Bretagne, Canada, etc.) ou bien au préservatif masculin, même pour les couples stables (Japon), entraîne une construction genrée différente du recours à la contraception, dont on pourrait interroger les effets sur la réflexivité et sur la sexualité.

Ensuite, la recherche reste dépendante des limites du terrain empirique. Les plus jeunes n'ont pas été interrogé·e·s, dans la mesure où les travaux sur l'entrée dans la sexualité sont nombreux et où cette classe d'âge fait régulièrement l'objet d'enquêtes spécifiques (voir entre autres Giami et Schiltz 2004 ; Le Gall et Le Van 2007 ; Amsellem-Mainguy 2007 ; Bernard 2010 ; Amsellem-Mainguy, Cheynel et Fouet 2015 ; Amsellem-Mainguy, Coquard et Vuattoux 2017). On aurait pu s'intéresser par contre à des périodes de remise en cause de la sexualité contrainte, comme les moments où les couples cherchent à concevoir, et donc à rendre la sexualité procréative, ou encore l'arrivée de la ménopause, qui rend inutile la contraception. Les pistes de recherches sont ouvertes. Par ailleurs, parmi la population choisie, les entretiens ont majoritairement été effectués avec des individus particulièrement diplômés, blancs et largement citadins. L'exploitation secondaire de résultats quantitatifs représentatifs permet certes de mettre en perspective l'analyse qualitative. Mais cette enquête pourrait être approfondie, à l'avenir, afin de déterminer si les résultats trouvés ici sont ou non pertinents dans d'autres groupes sociaux, ayant des capitaux différents tant en structure qu'en volume.

Par ailleurs, en prenant la contraception comme point d'entrée, l'enquête s'est concentrée majoritairement sur les personnes se définissant comme hétérosexuelles. Néanmoins, plusieurs enquêté·e·s ont (ou ont eu) également des pratiques homosexuelles. Or l'analyse de leurs récits était particulièrement riche, tant en ce qui concerne la gestion de la protection et de la contraception que le rapport au plaisir et au désir sexuel. Il ne s'agit pas de dire que les scripts sexuels des personnes ayant des rapports sexuels avec des personnes de même sexe sont complètement différents de ceux entre un homme et une femme. Comme Natacha Chetcuti l'a montré à propos de la sexualité lesbienne, même entre femmes il peut s'avérer difficile de mettre à distance le scénario culturel que constitue la sexualité centrée sur la pénétration (2013 [2010], p. 274-275). Et dans la sexualité gay, si certaines pratiques considérées comme « déviantes » mettent à distance pénétration et éjaculation – comme celles du « club de fessée » étudié par Mathieu Trachman (2018, p. 385 ; voir également Trachman et Bérard 2018) –, ce n'est pas non plus le cas des scripts les plus communs, où la pénétration reste « au cœur de la masculinité » (Courduriès 2011, p. 287). Néanmoins, l'étude des éventuels changements dans le script lorsque le sexe du/de la partenaire varie serait sans doute une piste heuristique. On pourrait également penser des recherches sur les pratiquant·e·s de sexualités « déviantes », mais dans le cadre hétérosexuel, comme le BDSM¹, qui peut permettre « une production réflexive de nouveaux scripts sexuels » (Senzo 2014, p. 59). Ces pistes restent à explorer.

Enfin, une thématique apparaît moins que ce qui pouvait être attendu : celle des violences sexuelles et, donc, de la manière dont elles modèlent la sexualité hétérosexuelle contemporaine. L'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France), menée en 2000, avait la première estimé leur prévalence (Jaspard et l'équipe Enveff 2001). Quelques années plus tard,

¹ Sigle qui vaut pour « Bondage, Discipline, Domination, Soumission, Sadisme et Masochisme ».

l'enquête Contexte de la sexualité en France a également bien montré leur importance, ainsi que la manière dont un questionnaire précis et anonyme permettait de les dévoiler – à un point qui a surpris les enquêteurs/trices (Levinson 2008b). Plus près de nous, l'enquête Virage (Violences et rapports de genre) a confirmé ces résultats (Hamel et al. 2016). Si certaines enquêtées ont fait le récit de viols ou d'agressions sexuelles subis au cours de leur vie sexuelle, ceux-ci restent largement minoritaires dans les entretiens. Cela s'explique de différentes manières. D'abord, par le mode de recrutement : les personnes n'ayant pas connu d'épisodes de violence dans leur sexualité peuvent avoir plus de facilité à accepter un entretien sur la question. Ensuite, par le fait que l'enquête portait sur la contraception : des épisodes considérés comme « non pertinents » et que les enquêtées n'avaient pas envie d'aborder ont donc pu être tus. Enfin, parce que les entretiens ont été menés entre janvier 2014 et mars 2017. Or le mouvement #MeToo (ou #BalanceTonPorc en français), qui a contribué à médiatiser les violences sexuelles de genre et à ouvrir la parole sur le sujet n'a émergé qu'en octobre 2017. On peut espérer que si l'enquête était menée aujourd'hui, les femmes qui ont vécu des viols ou des agressions sexuelles se sentiraient plus légitimes à dire les violences subies.

Que ce soit par le périmètre géographique, la population interrogée ou le contexte social et historique, les résultats de cette thèse méritent donc d'être complétés – et les conclusions présentées appellent d'autres recherches pour être prolongées et enrichies.

2 La contraception comme manière de définir les relations

L'étude des recompositions de contraception au cours des soixante dernières années nous permet d'éclairer l'émergence d'un nouveau rôle de cette pratique. Ce rôle consiste à définir le statut du ou de la partenaire avec qui a lieu le rapport sexuel, alors que les relations sexuelles et amoureuses sont devenues plus difficiles à catégoriser. Malgré ses recompositions (Bajos et al. 2014 ; Rahib, Le Guen et Lydié 2017), le modèle contraceptif français contemporain reste largement organisé en trois temps : préservatif pour les débuts de relations ou les relations éphémères, pilule contraceptive ensuite, puis DIU une fois que les enfants (forcément) désirés sont là. Ces trois phases dessinent les contours des relations sentimentales ou conjugales qui y sont associées, le « sérieux » de la relation pouvant être estimé par l'observation de la contraception employée. C'est d'autant plus le cas que les relations hétérosexuelles peuvent sembler plus difficiles à définir. En particulier, les débuts amoureux peuvent apparaître d'autant plus flous que la sexualité n'a plus une valeur d'engagement, même si elle est indispensable à celui-ci (Bozon 2016 ; Bergström 2019).

Avant la légalisation de la contraception médicale et sa diffusion, le retrait était la méthode la plus employée, que ce soit pour les débuts de relations ou par les couples installés. Les autres méthodes ayant émergé à l'époque (en particulier Ogino et les températures) étaient également susceptibles d'être utilisées dans divers types de rapports, le milieu social et la confession pouvant être plus prédictifs pour leur utilisation que le statut de la relation. Le préservatif masculin, seul, avait à subir son association

avec la prostitution – ce qui s’explique par sa dimension prophylactique. L’arrivée progressive de la pilule modifie cette situation : d’abord largement présentée, à la fin des années 1960, comme la contraception des « mères de famille », et associée au couple stable, elle devient rapidement celle des jeunes filles et, donc, des débuts de relations. Sa diffusion est néanmoins lente et segmentée. Les femmes en couple stable ayant eu des enfants adoptent quant à elles progressivement le DIU. Mais avec l’apparition du VIH, on assiste à une diffusion rapide et massive du préservatif masculin. Celui-ci, qui représente une protection « à bas seuil » et permet d’entrer dans la prévention sans avoir à prendre un rendez-vous médical, va alors prendre à partir du début des années 1990 cette place de contraceptif associé aux relations débutantes ou éphémères.

Le préservatif masculin est en effet désormais largement associé par tout·e·s à l’incertitude dans les relations avec les partenaires occasionnel·le·s ou lors des débuts de relation (Beltzer et Bajos 2008, p. 444). C’est d’autant plus le cas que lui seul protège contre les IST (à l’exception du préservatif féminin, dont l’utilisation demeure négligeable). Néanmoins, avoir cet objet à disposition peut également être interprété différemment selon le sexe et le milieu social : pour les femmes de milieux populaires, pour lesquelles la sexualité récréative peut rester plus difficile à assumer socialement, montrer qu’un rapport a été anticipé peut menacer la réputation (Clair 2012b). Pour celles qui sont plus diplômées, l’objet est considéré comme un moyen de gérer l’incertitude relationnelle, mais également sous son versant sanitaire, qui semble alors « effacer » tout lien avec la sexualité. Pour les hommes, la difficulté à investir positivement une responsabilité sanitaire valorisée uniquement pour les femmes peut s’allier à la crainte de paraître trop pressant.

Cesser d’utiliser le préservatif a ensuite une valeur d’engagement, que des tests de dépistage soient faits ou non, et que cet arrêt résulte d’une discussion ou bien se fasse de manière plus informelle. L’utilisation du préservatif masculin représente ainsi un « sas » pour les nouvelles relations. Mais cette représentation du préservatif est aussi à comprendre en prenant en compte ses effets sur le désir et le plaisir sexuels. Dans la mesure où son utilisation est considérée comme négative pour la sexualité par de nombreux individus, accepter de l’utiliser, c’est accepter de diminuer son propre plaisir et/ou celui de son/sa partenaire. Or, le fait de porter attention au plaisir de l’autre, dans une démarche de réciprocité revendiquée et devant aboutir à un échange, sinon des orgasmes, du moins des plaisirs, est caractéristique de relations engagées plutôt qu’occasionnelles.

Néanmoins, cette réciprocité est plutôt une « pseudo-réciprocité » (Gilfoyle, Wilson et Brown 1992). Il ne s’agit pas de dire que la réciprocité est inexistante, mais que les arrangements qui se font vis-à-vis d’elle sont plutôt au préjudice des femmes. Cela explique que dans une relation de couple, les modes contraceptifs choisis peuvent l’être plus facilement au détriment du désir et/ou du plaisir de ces dernières. Cela peut être le cas de la pilule et, plus largement, des contraceptions hormonales, dont les femmes doivent supporter les effets secondaires sur leur sexualité et sur leur corps. Mais c’est également le cas des méthodes d’auto-observation, qui impliquent un travail important sur son propre

désir pour favoriser celui du partenaire. Par ailleurs, ces dernières nécessitent un accord du partenaire quant aux jours des rapports pénétratifs non protégés, et sont donc plus facilement pensables dans le cadre de rapports conjugaux qu'occasionnels.

Il ne s'agit pas de dire que les femmes *consentent*, dans le cadre de rapports de long terme, à utiliser des contraceptifs qui peuvent peser sur elles. Elles *cèdent* plutôt à la pression d'une norme sociale qui a naturalisé leur responsabilité en la matière, et qui s'accorde donc avec l'idée de privilégier le désir et le plaisir de l'autre dans l'échange.

3 Une réflexivité sexuelle mouvante et genrée

Ce travail permet également de montrer qu'en matière de sexualité, la réflexivité est largement produite par des circonstances matérielles, au premier rang desquelles on trouve la contraception, ou l'absence de contraception. Avant la légalisation de la contraception médicale, alors que le retrait demeure la méthode la plus utilisée pour éviter la conception, c'est la peur d'une grossesse qui façonne en grande partie la sexualité, tant pour les femmes que pour les hommes. Les premières, pour lesquelles on parle de « peur au ventre » au moment des rapports, sont largement tributaires de leur partenaire en ce qui concerne la grossesse. Elles appréhendent donc la sexualité comme un moment potentiellement dangereux, ce qui peut expliquer les difficultés à ressentir du désir et du plaisir. Le développement d'autres moyens de contraception participe d'une transformation progressive de cette réflexivité *angoissée*, mais demeure marginal. Du côté des hommes, la responsabilité qui va de pair avec le retrait peut être valorisée comme la marque d'une masculinité accomplie. Néanmoins, la nécessité d'une réflexivité basée sur la maîtrise de soi peut également générer de l'angoisse.

La diffusion des méthodes médicales de contraception, à partir de la fin des années 1960, puis celle du préservatif masculin à partir de la fin des années 1980 et surtout des années 1990, vont changer la donne. La contraception devient progressivement une responsabilité largement féminine tandis que le désengagement des hommes s'institutionnalise : seules les femmes sont suivies médicalement et encouragées à prendre en charge la contraception, tout comme elles prenaient déjà en charge l'avortement. Cela ne signifie pas la fin de toute errance contraceptive, mais plutôt son encadrement médical, jusqu'à un certain point. Selon les méthodes de contraception adoptées, on voit alors émerger des réflexivités diverses.

Dans le cas des méthodes médicales de contraception, face à l'effacement de la responsabilité masculine (qui répond à leur exclusion du champ médical de la contraception), ce sont les effets indésirables qui peuvent rappeler aux femmes le travail contraceptif régulier qu'elles effectuent. Ces effets peuvent se donner à voir sur le corps, ce qui pousse les femmes à interroger ce qu'est le corps « naturel » (avec ou sans hormones artificielles ?), ou bien directement sur la sexualité. La difficulté à les identifier et à les faire accepter par les soignant·e·s peut alors créer une forme de réflexivité

particulièrement *attentive*. Il devient difficile pour les femmes de savoir ce qui, dans le désir éprouvé ou non, dans le plaisir ressenti ou non, est dû à la contraception (et, en particulier, aux hormones de synthèse). Cela peut complexifier le rapport des femmes à leur sexualité et avoir également des effets sur leurs rapports conjugaux, par exemple en les amenant à se questionner sur leurs sentiments pour leurs partenaires.

En ce qui concerne les méthodes barrières, et en particulier le préservatif masculin, c'est pour les hommes en particulier (mais pas uniquement) qu'une réflexivité *obligatoire* se met en place. Ce n'est pas tant le fait de penser à utiliser un préservatif qui est concerné, dans la mesure où cette responsabilité est largement partagée, voire prise en charge par les femmes. C'est plutôt la gestion d'un objet qui s'applique sur leur corps et peut le perturber et, donc, représenter un obstacle au déroulement normal du script sexuel, qui est en jeu. Susceptible de rendre le maintien de l'érection plus difficile, mais également de diminuer le plaisir, le préservatif oblige à réfléchir au déroulement de l'acte sexuel. C'est le cas pour les hommes, mais cela peut également l'être pour les femmes : d'abord lorsque c'est de méthodes barrières concernant le corps des femmes qu'il est question, mais également dans le cas du préservatif masculin. En effet, d'une part, elles sont également susceptibles de ressentir des effets de l'utilisation de celui-ci. D'autre part, le fait que cette utilisation prenne place dans un script sexuel organisé selon une forme genrée de pseudo-réciprocité fait que le dérangement qu'il cause à leur partenaire peut également leur peser, surtout lorsqu'un attachement au partenaire est présent.

Pour le retrait et les méthodes d'auto-observation enfin, on peut parler d'une forme *amplifiée* de réflexivité : qu'il s'agisse de faire attention au déroulement de l'acte dans le premier cas, ou bien au moment où un type particulier de script peut avoir lieu, dans le second, la sexualité nécessite une réflexion, pendant ou en amont. Le rapport à la spontanéité, valeur cardinale de la sexualité contemporaine, est alors modifié. Si elle est possible, avec le retrait, en ce qui concerne la détermination du moment d'avoir un rapport, elle disparaît quant à la manière dont le rapport se termine. Et avec les méthodes d'auto-observation, c'est dans la réflexion nécessaire sur le fait d'avoir ou non un rapport ou bien sur le choix du script à adopter que se donne à voir cette diminution de la spontanéité.

4 Des techniques qui « font le genre » sans faire bouger l'« ordre du genre »

Genre et technique entretiennent des liens forts (Gardey et Chabaud-Rychter 2002 ; Dagiral 2006). Les évolutions techniques sont susceptibles de prendre appui sur le genre, de s'y heurter ou de s'en accommoder. L'analyse des pratiques numériques permet par exemple de mettre en évidence la manière dont le genre se « fait » en ligne (Balleys 2016 ; Pinsky 2019 ; Bergström 2019). Ce travail permet pour sa part de poursuivre la réflexion sur les rapports entre techniques et transformations sociales dans le domaine de la sexualité, comme Alain Giami et Brenda Spencer avaient déjà pu le faire en comparant pilule, sida et Viagra (2004). Leur article distinguait trois types de sexualité – « libérée », « protégée » et « fonctionnelle » –, là où l'on a vu que c'est plutôt des réflexivités qui évoluent certes

selon les périodes, mais qui demeurent genrées, que l'on peut mettre en évidence. Par ailleurs, lorsqu'il est question de s'intéresser à ce que la technique fait aux rapports de genre à partir d'une attention au corps, c'est généralement celui des femmes qui est étudié (Löwy 2006 ; Adam et al. 2016), la plupart du temps en lien avec la reproduction, et souvent pour mettre en évidence les effets de la médicalisation (voir entre autres Clarke 1998 ; Gaudillière 2003 ; Grino 2015). Le but de cette recherche était d'aborder la question d'un point de vue mixte, avec la sexualité au premier plan et en s'intéressant plutôt à la réception de la médicalisation et à son actualisation dans les pratiques concrètes qu'aux discours et recherches médicales elles-mêmes.

Les innovations techniques contribuent à modifier les rapports sociaux et les scripts que suivent les individus, mais ce travail témoigne de la nécessité de se garder de toute reconstitution *a posteriori* quant à leurs effets. Si l'on prend le cas de la pilule, par exemple : elle est souvent considérée comme une « révolution » en elle-même, en ce qu'elle aurait « libéré » la sexualité des femmes. Or cette représentation ne correspond pas à ce que montre l'étude de la sexualité au moment de sa diffusion en France. D'abord, parce qu'elle se diffuse dans une société dont les normes sexuelles sont largement en recomposition : plutôt que de provoquer une transformation sociale, elle y répond. Ensuite, parce que cette idée d'une « libération » de la sexualité des femmes est largement absente au moment où elle est légalisée. C'est alors en tant que médicament permettant de préserver l'harmonie conjugale et d'éviter les avortements qu'elle est valorisée. On observe bien une augmentation de la satisfaction sexuelle des femmes depuis la diffusion de la contraception médicale. Mais pour l'expliquer, il faut également tenir compte d'autres évolutions sociales ayant permis une plus grande égalité de genre et de la diffusion progressive non seulement d'un idéal conjugal, mais également d'une forme d'« ethos égalitaire » (Clair 2011). En particulier, la seconde moitié du XX^e siècle a ainsi vu l'augmentation de la part des femmes ayant un travail salarié, la judiciarisation des violences faites aux femmes et une plus grande attention portée à la parité dans les sphères professionnelles et politiques, évolutions qui participent de la diminution des inégalités de genre – même si elles demeurent importantes dans tous les domaines.

Un autre apport de cette thèse concerne la manière dont les rapports de genre se recomposent et s'adaptent aux évolutions des techniques contraceptives, tout en continuant de respecter l'« ordre du genre » (Clair 2013, p. 113). Quelle que soit la période, la pratique contraceptive modèle en effet la sexualité à la fois en opérant une mise en ordre des groupes de sexe et en promouvant des normes spécifiques de masculinité et de féminité.

À travers la sexualité, que ce soit avant ou après la diffusion de la contraception médicale, c'est d'abord à un classement hiérarchique des groupes de sexe que l'on assiste. On peut mettre celui-ci en évidence en s'intéressant à la prise en compte du plaisir sexuel dans le script. Si celui des femmes a progressivement été pris en compte, ce n'est pas tant dans une démarche de libération sexuelle des femmes que d'harmonie conjugale. Il s'agit alors d'améliorer l'entente dans le couple et, pour cela, il paraît important que des rapports sexuels – à l'époque majoritairement à l'initiative de l'homme –

puissent avoir lieu à tout moment, afin d'éviter une frustration. C'est donc à une forme subordonnée qu'est réduite la sexualité féminine : l'amélioration du plaisir se fait en partie pour pouvoir contenter le conjoint. Dans les scripts actuels de la sexualité contraceptée, c'est désormais d'une autre manière que la hiérarchisation se donne à voir. On a en effet mis en évidence un travail féminin sur la sexualité, qui passe en particulier par la contraception, mais également par le fait de préparer son corps, son apparence et de rendre le moment « propice ». Ce sont ainsi les femmes qui préparent la scène pour un scénario qui sera ensuite joué à deux. C'est dans le cadre de la sexualité conjugale que cette préparation est la plus visible, et elle permet que le script intègre une spontanéité programmée principalement par les femmes et principalement pour les hommes.

Par ailleurs, tout comme les sciences (Gardey et Löwy 2000), les techniques participent de la fabrication du masculin et du féminin, de la masculinité et de la féminité. Ces dernières sont donc modelées par la contraception. À partir des années 1960, à la *maîtrise de soi* associée pour les hommes au retrait se substitue la démonstration contraire d'une interprétation sur le mode du *besoin*, dans le cadre d'une sexualité ayant intégré la contraception médicale et dont les risques sont pris en charge par les femmes. La sexualité masculine est donc pensée plutôt sur le mode individuel, l'affirmation de sa masculinité passant par celle du retour régulier d'un désir incontrôlable et considéré comme naturel. Seules quelques catégories d'hommes échappent à cette valorisation d'une autodéfinition *par* le besoin sexuel – comme les hommes catholiques pratiquants, qui demeurent attachés à la maîtrise de soi (Maudet 2019, chap. 2). Du côté des femmes, c'est d'abord un modèle de l'ignorance (réelle ou mise en scène) qui prévalait d'abord, alors que la féminité est aujourd'hui largement associée, en ce qui concerne la sexualité, à une forme de responsabilité qui passe par une maîtrise de ses désirs, voire de ceux de son partenaire. Ainsi, on observe progressivement un renversement des valeurs associées à chaque sexe et, dans le même temps, un renversement de leur valorisation. La maîtrise masculine, valorisable, considérée comme une compétence, devient en étant féminine une valeur subalterne, qui se déplace du côté de l'attention à l'autre et d'un devoir naturalisé dont on ne peut pas se vanter – mais auquel il ne faut pas déroger. Si l'engagement féminin actif dans l'acte sexuel est valorisé, il l'est à certaines conditions qui dépendent en particulier de l'âge (Bozon 2018b) et du statut de la relation. En fonction de leur capacité à performer ces normes, qui s'inscrivent dans une quête de masculinité hégémonique et de féminité accentuée (Connell 1987), hommes et femmes sont plus ou moins reconnu-e-s et valorisé-e-s au sein de leur groupe de sexe. Ainsi, « faire le genre » (West et Zimmerman 2009 [1987]) passe bien par une manière quotidienne de gérer, ou non, la contraception.

5 Une « banalité sexuelle » qui demeure hétéronormée

L'ambition de cette thèse était l'étude de la « banalité sexuelle », à savoir l'ordinaire de la sexualité hétérosexuelle. Dans la société française contemporaine, les inégalités entre hommes et femmes demeurent importantes tant dans le milieu professionnel (écarts de salaire, « plafond de verre »,

etc.) que dans la famille (répartition inégale du travail domestique, parental et de la charge mentale). En ce qui concerne la sexualité, néanmoins, l'enquête Contexte de la sexualité en France (Bajos et Bozon (dir.) 2008) observait un hiatus entre des pratiques qui se rapprochent, tandis que les représentations restent très différenciées concernant la sexualité des hommes et des femmes.

La sexualité est plus diverse que ce que les représentations médiatiques peuvent en donner à voir, qu'il s'agisse de l'entrée dans la sexualité (Maillochon, Ehlinger et Godeau 2016) ou de ce qui vient ensuite. Tout comme la pornographie est largement réduite à un « problème de jeunes » (Vörös 2012), la sexualité ordinaire est le plus souvent représentée sous la forme d'une pénétration vaginale qui, si elle est généralement présente, ne rend pas justice à la variété des pratiques sexuelles des individus : masturbation mutuelle et automasturbation, caresses, pratiques buccogénitales, pénétration anale, sexualité de groupe, etc. En particulier, la fellation et le cunnilingus font partie intégrante du script sexuel – mais seulement au titre de « préliminaires ». En effet, constater la variété des pratiques ne dit rien sur leur hiérarchisation et sur leur représentation.

L'étude précise du script sexuel permise par l'entrée par la contraception nous permet de distinguer deux types de scripts hiérarchisés. D'un côté, le script « normal », celui de la « bonne » sexualité (Rubin 2010a [1984]), qui reste organisé autour de la pénétration pénovaginale, malgré la diffusion d'autres pratiques sexuelles reléguées au rang de « préliminaires ». De l'autre, les « scripts inférieurs » d'une sexualité non pénétrative et que la majorité des individus peinent à considérer comme un rapport à part entière. De même, les rapports organisés autour de la pénétration anale gardent un statut subalterne. Le fait qu'ils puissent voir lieu sans contraception peut expliquer en partie leur statut transgressif, de même que l'image inégalitaire des rapports de genre qui y est associée, la pratique étant considérée comme forcément à l'unique bénéfice des hommes.

Tant les femmes que les hommes attachent donc de l'importance à la pénétration pénovaginale ; néanmoins, les raisons de cet attachement sont en partie différentes. En effet, ce n'est pas la pratique préférée de la majorité des femmes : c'est plutôt le fait qu'il s'agisse d'une pratique identifiée à la « vraie » sexualité, ce que la diffusion de la contraception médicale a contribué à produire, qui fait qu'elle est considérée de manière positive et, de ce fait, jugée indispensable à une véritable satisfaction dans la sexualité conjugale. Le plaisir des femmes peut ainsi être mis au second plan par rapport à d'autres critères ; parallèlement, pour la majorité des hommes, cette pratique légitime est celle qui procure le plus de plaisir. Il faut articuler cela avec le fait que la réciprocité sexuelle revendiquée est en fait au bénéfice des hommes, qui n'ont pas besoin de faire passer au second plan le fait d'avoir un orgasme. Par ailleurs, dans le rapport conjugal, ce sont également les femmes qui fournissent la majorité du travail sexuel permettant de préparer la spontanéité. Si les hommes ont également, dans la sexualité, une obligation – celle de la « performance » –, celle-ci peut être investie sur un mode positif, alors que le travail féminin (tant contraceptif que sexuel) est largement invisibilisé car naturalisé. C'est ainsi un script largement androcentré qui apparaît comme le plus naturel.

La dimension hétéronormée de la sexualité se donne également à voir dans l'étude des désirs sexuels et de la manière dont ils sont mis en discours. Du côté des hommes, c'est l'idée d'un *besoin sexuel* qui domine, quand chez les femmes c'est plutôt celui d'un désir sinon *manquant*, du moins *réactif*. Cela ne signifie pas que seules les femmes s'adaptent aux désirs de leurs partenaires, les hommes étant également susceptibles de suivre un script en étant guidés par leur partenaires, mais qu'elles le font plus fréquemment et peut-être de manière moins consciente. Ces représentations genrées des désirs contribuent à soutenir la dimension androcentrée des scripts, dans la mesure où c'est le désir des hommes qui est à « soulager », quand celui des femmes est à provoquer. La propension des un-e-s et des autres à faire correspondre leurs désirs à ces interprétations, en particulier une fois passés les débuts amoureux pour les femmes, peut s'expliquer par une différence de socialisation à l'idée même de désir, une hypothèse qui reste à explorer (Santelli 2018). Cette socialisation genrée au désir se donne également à voir dans les capacités féminines à mener un travail en coulisse sur celui-ci. Cela s'inscrit dans la continuité d'une socialisation des femmes qui les rend plus aptes à travailler leurs émotions afin de s'adapter à celles des autres (Hochschild 2017 [1983]). Le désir féminin apparaît ainsi, en creux, comme plus aisément façonnable que le masculin : ce qui justifie d'ailleurs qu'elles seules soient assez « responsables » pour prendre en main la responsabilité contraceptive (Spencer 1999). Tout comme le travail contraceptif est pris en charge par les femmes, c'est donc majoritairement le cas du travail sur la sexualité, du moins quand il est tourné vers le partenaire. Ce sont également elles qui gèrent largement, à travers la contraception, le préservatif et les tests de dépistage, la crainte d'une grossesse ou d'une IST. Les hommes, pour leur part, mettent en place des stratégies visant plutôt à réassurer leur masculinité et, donc leur rapport à eux-mêmes.

6 Étudier la sexualité en féministe : de la réalité à l'utopie ?

La réflexion féministe affirme un lien entre recherche, théorie et politique. « Faire du terrain » (Clair 2016a) ou « théoriser² » en féministe, c'est adopter une perspective critique, c'est chercher à mettre en évidence des inégalités pour peut-être, ensuite, pouvoir mieux les combattre. Mais peut-on se contenter de la critique d'un modèle sans en imaginer un plus juste ? Tout comme, au début du XIX^e siècle, Charles Fourier a pu observer et modaliser, dans son essai *Le Nouveau Monde Amoureux*, les comportements amoureux dans une perspective utopique annonciatrice des sciences sociales (Bozon 2005), on peut se demander sur quoi reposerait une utopie mettant en scène une émancipation sexuelle des hommes et des femmes.

Une première possibilité serait de penser l'émancipation des femmes comme un alignement sur la sexualité des hommes – mais elle est inopérante. Si le script hétérosexuel est androcentré, les hommes

² Pour reprendre le nom d'un colloque qui s'est tenu à Lyon du 27 au 29 avril 2018 : « Théoriser en féministe. Philosophie, épistémologie, politique ». Source : <https://theoriserenfeministe.wordpress.com/>, consulté le 24 juin 2016.

paient également, dans une certaine mesure, le coût de sa rigidité. La pression à la performance qu'ils ressentent et la mise en danger de leur identité masculine qui l'accompagne ne constituent pas des valeurs qui, érigées en modèle à suivre, entraîneraient une émancipation automatique. Les tentatives en ce sens faites autour de mai 68 ne semblent pas avoir permis véritablement une « libération » du côté des femmes (Ruault 2019).

Remettre en cause la pénétration pénovaginale – aller *Au-delà de la pénétration* (Page 2019), comme le propose un essai récent – apparaît également comme une perspective trop limitée, ne serait-ce que parce que les femmes y sont également attachées. C'est peut-être la centralité de cette pratique qu'il faudrait repenser, pour imaginer des scripts dans lesquels les actes sexuels ne sont pas hiérarchisés (Campbell 1980). En effet, comme l'indique Stevi Jackson, « dire que la pénétration est un acte irrémédiablement patriarcal revient à réduire un rapport social de domination/subordination à un acte physique, ce qui constitue une approche essentialiste » (1996, p. 22). Néanmoins, il est illusoire de penser que l'absence de la pénétration, ou sa réduction à un acte sexuel ayant le même rang que les autres, renverserait les rapports de pouvoir, tant la sexualité reste imbriquée dans d'autres foyers du genre (Clair 2013) qui la dépassent.

L'égalité et l'émancipation sexuelle pourraient alors passer par une distinction totale entre sexualité et procréation : selon la féministe Shulamith Firestone (1970), le développement d'utérus artificiels serait ainsi la solution pour parvenir à l'égalité des sexes. Mais lorsqu'Aldous Huxley imagine, dans *Le meilleur des mondes* (2013 [1932]), un univers où sexualité et reproduction seraient entièrement séparées, et la sexualité considérée comme purement récréative, ce sont encore les femmes non stérilisées qui sont en charge du « ceinturon malthusien » qui doit leur éviter une grossesse – et elles toujours qui font l'objet d'une compétition entre les hommes.

Certaines utopies féministes permettent de réfléchir aux conditions d'une remise en cause de l'inégalité entre les sexes (Hoquet 2015), voire d'une véritable émancipation sexuelle. C'est par exemple toute la question de l'éducation genrée qui peut être repensée (Mozziconacci 2017, partie 3). Mais quand il s'agit de sexualité, même si elles remettent bien sûr en cause l'hétérosexualité, elles ne s'appuient pas moins sur un séparatisme des sexes : que ce soit dans *Herland* de Charlotte Perkins Gilman (2019 [1915]) ou dans *Les Guérillères* de Monique Wittig (1969), l'utopie passe par une disparition des hommes qu'on peut difficilement proposer comme base du modèle concret d'une société meilleure pour tou·te·s.

Dans leur *Antimanuel d'éducation sexuelle*, Marcela Iacub et Patrice Maniglier imaginent de leur côté le fonctionnement d'une société utopique baptisée « Postsexopolis » (2005, p. 306-322). Celle-ci est caractérisée par le fait « qu'ici on a renoncé à “gouverner le sexe”, c'est-à-dire à établir des règles juridiques, donc univoques et contraignantes, sur la sexualité en tant que telle, que ce soit pour punir ou donner des droits » (*Ibid.*, p. 309). Chacun·e se fait alors son idée sur ce qui relève ou non du sexuel,

sans que celui-ci soit considéré par essence comme une sphère différente des autres. Mais faire perdre au sexe son statut à part ne permet pas nécessairement l'émancipation sexuelle : si les violences décrites ne sont plus qualifiées de spécifiquement « sexuelles », elles n'en restent pas moins présentes. Cette utopie fait par ailleurs l'économie d'une réflexion sur la contraception, qui est limitée au seul préservatif masculin, utilisé par tou-te-s « à la fois par prudence (parce qu'ils ne veulent pas courir de risques ou en faire courir), par habitude et par goût » (*Ibid.*, p. 319). Penser une société qui mette les jouissances diverses en son centre sans les hiérarchiser est ainsi une piste, mais il faudrait approfondir les conditions de possibilité de ce changement de paradigme.

Comment penser alors une sexualité féministe avec les hommes, plus libre et plus épanouissant-e-s pour tou-te-s ? Plutôt que des propositions prescriptives et normatives précises, c'est un espoir politique plus large qu'il faudrait viser. Une sexualité plus émancipée passe par la prise de conscience des inégalités entre hommes et femmes dans tous les domaines sociaux, une prise de conscience qui ne peut avoir lieu sans changements matériels. Pour venir à bout des injustices dans le domaine de la sexualité, c'est bien les scripts sexuels qui sont à reconsidérer. Mais la sexualité n'est qu'un des multiples foyers du genre – et des inégalités de genre. C'est donc également le travail contraceptif, ainsi que le travail salarié, celui du *care*, le travail émotionnel ainsi que les modèles de masculinité et de féminité qu'il faudrait alors repenser. Une sexualité « libérée », émancipée ne se pensera que dans une société plus juste – à nous tou-te-s de la faire advenir, pour avoir « les jouissances que nous voulons³ ».

³ Selon un slogan de mai 68 également utilisé par Michèle Ferrand dans le titre d'un de ses articles (2003).

Bibliographie

ABELOVE Henry, 1989, « Some Speculations on the History of Sexual Intercourse during the Long Eighteenth Century in England », *Genders*, n° 6, p. 125-130.

ACCAMPO Elinor Ann, 2003, « The Gendered Nature of Contraception in France: Neo-Malthusianism, 1900-1920 », *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 34, n° 2, p. 235-262.

ADAM Adeline, DUPLAN Karine, GALLOT Fanny, GONZALEZ-QUIJANO Lola, ROUCOUX Guillaume et VALZEMA Marie-Sherley, 2016, « Le sexe sous contrôle médical », *Cahiers du Genre*, n° 60, n° 1, p. 5-14.

ADJAMAGBO Agnès et LOCOH Thérèse, 2015, « Genre et démographie : une rencontre féconde » dans Christine Verschuur, Isabelle Guérin et Hélène Guetat-Bernard (dir.), *Sous le développement, le genre*, Marseille, IRD Éditions, p. 99-128.

AKRICH Madeleine, 2006, « La description des objets techniques » dans Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines, p. 159-178.

ALLEN Katherine R. et GOLDBERG Abbie E., 2009, « Sexual Activity During Menstruation. A Qualitative Study », *The Journal of Sex Research*, vol. 46, n° 6, p. 535-545.

ALLEN Louisa, 2003, « Girls Want Sex, Boys Want Love: Resisting Dominant Discourses of (Hetero) Sexuality », *Sexualities*, vol. 6, n° 2, p. 215-236.

AMERLYNCK Julie, 2006, *Phraséologie potagère. Les noms de légumes dans les expressions françaises contemporaines*, Louvain-la-Neuve, Peeters.

AMMAR Nadia, GAUTHIER Jacques-Antoine et WIDMER Éric D., 2014, « Trajectories of intimate partnerships, sexual attitudes, desire and satisfaction », *Advances in Life Course Research*, vol. 22, p. 62-72.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2009, « La première contraception, au-delà de la question de la fécondité », *Agora débats/jeunesses*, vol. 3, n° 53, p. 21-33.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2007, *Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*, thèse de sociologie, Université Paris Descartes.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2006, « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches familiales*, vol. 3, n° 1, p. 49-59.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, CHEYNEL Constance et FOUET Anthony, 2015, *Entrée dans la sexualité des adolescent-e-s : la question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant-e-s en éducation à la sexualité*, INJEP.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, COQUARD Benoît et VUATTOUX Arthur, 2017, *Sexualité, amour et normes de genre. Enquête sur la jeunesse incarcérée et son encadrement*, Injep.

ANCIAN Julie, 2018, *Des grossesses catastrophiques. Une sociologie des logiques reproductives dans les mises en récit judiciaires et biographiques de néonaticide*, thèse de sociologie, EHESS, Paris.

ANDRO Armelle, 2000, « Contrôle traditionnel de la fécondité et innovations dans les pratiques contraceptives masculines et féminines en Afrique de l'Ouest » dans *Démographie : nouveaux champs, nouvelles recherches. Colloque Jeunes Chercheurs*, Paris, INED (coll. « Dossiers et Recherches »), p. 149-158.

ANDRO Armelle et BAJOS Nathalie, 2008, « La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Éditions La Découverte., Paris, p. 297-314.

ANDRO Armelle et DESGRÉES DU LOÛ Annabel, 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, n° 52, p. 3-12.

- ARGOUD Dominique et PUIJALON Bernadette, 2009, « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *Gérontologie et société*, n° 106, p. 23-39.
- ARIÈS Philippe, 1953, « Sur les origines de la contraception en France », *Population*, vol. 8, n° 3, p. 465-472.
- ARIÈS Philippe, 1948, *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris, France, Self.
- AUCLAIR Marcelle, 1962, *Le livre noir de l'avortement*, Paris, Fayard.
- AYAD Mohamed et BARRÈRE Bernard, 1991, « Présentation des enquêtes démographiques et de santé », *Population*, vol. 46, n° 4, p. 964-974.
- BAILLE Rémi, DESBARATS Carole, GARAPON Antoine, GIRARD Gabriel, GOURARIER Mélanie, JAKŠIĆ Milena, MUGNIER Hélène, PLENEL Ève, VIBERT Patrice et CHALIER Jonathan, 2017, « La parenthèse désenchantée », *Esprit*, n° 7, p. 85-109.
- BAJOS Nathalie, 1998, « Les risques de la sexualité » dans Nathalie Bajos, Michel Bozon, Michèle Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira et le groupe ACSF (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Presses universitaires de France, Paris.
- BAJOS Nathalie, BOHET Aline, LE GUEN Mireille, MOREAU Caroline et L'ÉQUIPE DE L'ENQUÊTE FÉCOND, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population & Sociétés*, vol. 492.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2012a, « Sexualité et appartenance sociale à l'âge adulte », *Raison présente*, n° 183, p. 23-44.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2012b, « Trajectoires sexuelles, représentations sexuelles : convergences et divergences », *Savoir/agir*, n° 20, p. 15-27.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2011, « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré », *Genre, sexualité & société*, n° 6.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel (dir.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2008, « Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête "Contexte de la sexualité en France" » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 579-601.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 1999, « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n° 1, p. 34-37.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel, FERRAND Alexis, GIAMI Alain, SPIRA Alfred et LE GROUPE ACSF (dir.), 1998, *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France.
- BAJOS Nathalie, DUCOT Béatrice, SPENCER Brenda et SPIRA Alfred, 1998, « Trajectoires socio-sexuelles et comportements face au risque de transmission sexuelle du sida » dans Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alexis Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira et le groupe ACSF (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France, p. 305-336.
- BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, vol. 1, n° 61, p. 91-117.
- BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 22, p. 117-142.
- BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2002, « Méthodologie » dans Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe Giné (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 17-31.

- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et ANDRO Armelle, 2008, « La sexualité à l'épreuve de l'égalité » dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 545-576.
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et HASSOUN Danielle, 2002, « Au risque de l'échec : la contraception au quotidien » dans Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe Giné (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et L'ÉQUIPE GINÉ (dir.), 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et TURKI Rim, 2002, « Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine : un rapport spécifique à la contraception ? » dans Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe Giné (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.
- BAJOS Nathalie, RAHIB Delphine et LYDIÉ Nathalie, 2018, *Baromètre santé 2016 - Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre*, Santé publique France (coll. « Etudes et enquêtes »).
- BAJOS Nathalie, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, PANJO Henri, BOHET Aline, MOREAU Caroline et L'ÉQUIPE DE L'ENQUÊTE FÉCOND, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population & Sociétés*, n° 511.
- BALLEYS Claire, 2016, « "Nous les mecs". La mise en scène de l'intimité masculine adolescente sur YouTube » dans Olivier Martin et Éric Dagiral (dir.), *L'ordinaire d'internet. Le web dans nos pratiques et relations sociales*, Malakoff, Armand Colin, p. 182-202.
- BARBEY Mary Anna et ALLAMAN Lucie, 1997, *Femmes, corps et âmes. Témoignages*, Genève, Éditions Zoé.
- BARD Christine et MOSSUZ-LAVAU Janine (dir.), 2006, *Le Planning familial : histoire et mémoire (1956-2006)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Archives du féminisme »).
- BARRAU André et PERRIN Antoine, 1966, *La vérité sur la contraception*, Paris, Flammarion.
- BASSON Rosemary, 2000, « The female sexual response: a different model », *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 26, n° 1, p. 51-65.
- BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 9, n° 35, p. 226-257.
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, 2014 [1997], *Guide de l'enquête de terrain*, 4^e éd., Paris, Éditions La Découverte.
- BEAUTHIER Régine et TRUFFIN Barbara, 2010, « Avant-propos » dans Régine Beauthier, Valérie Piette et Barbara Truffin (dir.), *La modernisation de la sexualité (19^e-20^e siècles)*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, p. 7-16.
- BEAUVALET Scarlett, 2016, « La régulation des naissances : stratégies d'hommes et de femmes face aux contraintes légales (XVI^e-XIX^e siècles) » dans Virginie De Luca Barrusse et Mariette Le Den (dir.), *Les politiques de l'éducation à la sexualité en France. Avancées et résistances*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), p. 21-50.
- BEAUVOIR Simone DE, 1976 [1949], *Le deuxième sexe II*, Paris, Éditions Gallimard (coll. « Folio/essais »).
- BECKER Howard, 2012 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié.
- BECKMAN Linda J., HARVEY S. Marie et MURRAY Joan, 1992, « Perceived Contraceptive Attributes of Current and Former Users of the Vaginal Sponge », *Journal of Sex Research*, vol. 29, n° 1, p. 31-42.
- BÉJIN André, 1990, *Le nouveau tempérament sexuel*, Paris, Éditions Kimé.
- BÉJIN André et POLLAK Michael, 1977, « La rationalisation de la sexualité », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 62, p. 105-125.

- BELLAMY Vanessa, 2015, « La nuptialité la plus basse depuis 1950. 231 200 mariages de personnes de sexe différent en 2013 », *Insee Focus*, n° 18.
- BELLO Pierrette, DOLTO Catherine et SCHIFFMAN Aline, 1983, *Contraception, grossesse, IVG. Guide pratique*, Paris, Éditions du Seuil.
- BELTZER Nathalie et BAJOS Nathalie, 2008, « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 437-460.
- BELTZER Nathalie, SABONI Leïla, SAUVAGE Claire, SOMMEN Cécile et LE GROUPE KABP, 2011, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution*, Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS).
- BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre et REVILLARD Anne, 2012, *Introduction aux études sur le genre*, 2^e éd., Bruxelles, De Boeck.
- BERGSTRÖM Marie, 2019, *Les nouvelles lois de l'amour. Sexualité, couple et rencontres au temps du numérique*, Paris, Éditions La Découverte.
- BERGSTRÖM Marie, 2018, « De quoi l'écart d'âge est-il le nombre ? », *Revue française de sociologie*, vol. 59, n° 3, p. 395-422.
- BERGSTRÖM Marie, 2016, « (Se) correspondre en ligne », *Sociétés contemporaines*, n° 104, p. 13-40.
- BERGSTRÖM Marie, 2014, *Au bonheur des rencontres : sexualité, classe et rapports de genre dans la production et l'usage des sites de rencontres en France*, thèse de sociologie, Institut d'études politiques de Paris, Paris.
- BERGSTRÖM Marie, 2011, « La toile des sites de rencontres en France. Topographie d'un nouvel espace social en ligne », *Rezeaux*, vol. 166, n° 2, p. 225-260.
- BERGUES Hélène, 1965, « Prudence Claude — Pour un planning familial humain. Des enfants quand on en veut », *Population*, vol. 20, n° 1, p. 135-135.
- BERNARD Séverine, 2010, « Contraception : ce qui se joue aujourd'hui entre filles et garçons » dans Véronique Blanchard, Régis Révenin et Jean-Jacques Yvorel (dir.), *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle)*, Paris, Éditions Autrement.
- BERNHEIM Cathy, KANDEL Liliane, PICQ Françoise et RINGART Nadja (dir.), 2009, *Mouvement de Libération des Femmes. Textes premiers*, Paris, Stock.
- BERTAUX Daniel, 2016, *Le récit de vie*, 4^{ème} édition, Paris, Armand Colin (coll. « 128 »).
- BERTINA Ludovic, 2016, « Le catholicisme et la question environnementale en France : les raisons culturelles d'un retard », *Revue Française d'Histoire des Idées Politiques*, n° 44, p. 127-155.
- BERTINA Ludovic et CARNAC Romain, 2013, « "L'écologie humaine" du Vatican, entre réflexion écologique et morale sexuelle naturaliste », *Genesis*, XII, n° 2, p. 171-190.
- BESSIÈRE Céline et HOUSEAUX Frédérique, 1997, « Suivre des enquêteurs », *Genèses*, vol. 29, n° 1, p. 100-114.
- BIANCHI-DEMICHELI Francesco, AMMAR Nadia, BOLMONT Mylène, DOSCH Alessandra, FAVEZ Nicolas, VAN DER LINDEN Martial et WIDMER Éric D., 2016, « Une approche neurobiologique, psychologique et sociologique du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle », *Revue Médicale Suisse*, vol. 12, p. 551-555.
- BIDART Claire, 1997, « Parler de l'intime : les relations de confiance », *Mana*, vol. 3, p. 19-55.
- BIZEUL Daniel, 1998, « Le récit des conditions d'enquête: exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue Française de Sociologie*, vol. 39, n° 4, p. 751-787.

- BLANC-TAILLEUR Marion, 2004, « Le Planning familial à travers l'exemple de Grenoble, de la loi Neuwirth à la loi Veil (1967-1975) », mémoire de maîtrise d'histoire.
- BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.
- BORILLO Daniel, 2004, « La surveillance juridique des pratiques sexuelles légitimes. L'institution de la norme conjugale » dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Édition de l'EHESS, p. 185-206.
- BOUCHAT Adriana, RADONIC Ivana et DEVRIES Ali Hemma, 2009, « L'approche sexologique du couple : une thérapie intégrative des troubles sexuels », *Psychotherapies*, vol. 29, n° 2, p. 85-90.
- BOULET Elsa, 2018, « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèses*, vol. 2, n° 111, p. 30-49.
- BOUMAZA Magali et CAMPANA Aurélie, 2007, « Enquêter en milieu « difficile » », *Revue française de science politique*, vol. 57, n° 1, p. 5-25.
- BOURBONNAIS Nicole, 2016, *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practice on Four Islands, 1930-1970*, New York, Cambridge University Press.
- BOURBONNAIS Nicole, 2015, « Entre coercition et émancipation: une histoire globale du contrôle des naissances », *Le Temps*, 4 nov. 2015.
- BOURDIEU Pierre, 2015 [1993], *La Misère du monde*, Paris, Points.
- BOURDIEU Pierre, 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62, n° 1, p. 69-72.
- BOURDIEU Pierre, 1979a, « Les trois états du capital culturel », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 30, n° 1, p. 3-6.
- BOURDIEU Pierre, 1979b, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit (coll. « Le sens commun »).
- BOZON Michel, à paraître, « Sexualité et interaction entre partenaires. Les transformations contemporaines de l'amour naissant (France, années 1950-années 2010) », Montréal, Presses universitaires de Montréal.
- BOZON Michel, 2018a [2002], *Sociologie de la sexualité*, 4^e éd., Paris, Armand Colin (coll. « Cursus »).
- BOZON Michel, 2018b, « Ni trop ni trop peu. Médecine, âge et désir des femmes » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 315-326.
- BOZON Michel, 2017, « Remettre son corps », *Esprit*, n° 7, p. 45-57.
- BOZON Michel, 2016, *Pratique de l'amour. Le plaisir et l'inquiétude*, Paris, Payot.
- BOZON Michel, 2014, « Cinquante ans de sociologie de la sexualité. Évolutions du regard et transformation des comportements depuis les années 1960 » dans Paul Servais (dir.), *Regards sur la famille, le couple et la sexualité. Un demi-siècle de mutations*, Louvain-la-Neuve, L'Harmattan, p. 47-67.
- BOZON Michel, 2009a, *Sociologie de la sexualité*, 2^e éd., Paris, Armand Colin (coll. « 128 »).
- BOZON Michel, 2009b, « Jeunesse et sexualité (1950-2000). De la retenue à la responsabilité de soi » dans Ludivine Bantigny et Ivan Jablonka (dir.), *Jeunesse oblige. Histoire des jeunes en France : XIX^e-XXI^e siècle*, Paris, Presses universitaires de France, p. 225-243.
- BOZON Michel, 2008a, « Pratiques et rencontres sexuelles : un répertoire qui s'élargit » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte.

- BOZON Michel, 2008b, « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 117-147.
- BOZON Michel, 2005, « Fourier, le Nouveau Monde Amoureux et mai 1968. Politique des passions, égalité des sexes et science sociale », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 22, p. 123-149.
- BOZON Michel, 2002, « Des rites de passage aux « premières fois ». Une expérimentation sans fins », *Agora débats/jeunesses*, vol. 28, n° 1, p. 22-33.
- BOZON Michel, 2001a, « Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité », *Sociétés Contemporaines*, vol. 41-42, n° 1-2, p. 11-40.
- BOZON Michel, 2001b, « Les cadres sociaux de la sexualité », *Sociétés contemporaines*, vol. 41-42, n° 1-2, p. 5-9.
- BOZON Michel, 1999, « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, vol. 128, n° 1, p. 3-23.
- BOZON Michel, 1998a, « Amour, désir et durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes » dans Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alexis Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira et et le groupe ACSF (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France, p. 175-234.
- BOZON Michel, 1998b, « La sexualité a-t-elle changé ? Regards sur l'activité sexuelle et sur ses significations à l'ère du sida » dans Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alexis Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira et et le groupe ACSF (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France, p. 10-34.
- BOZON Michel, 1995, « Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle » dans Nathalie Bajos, Michel Bozon, Véronique Doré, Alain Giami et Yves Souteyrand (dir.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, p. 39-56.
- BOZON Michel, 1991, « La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple », *Sciences sociales et santé*, vol. 4, n° 9, p. 69-88.
- BOZON Michel, 1990, « Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints. Une domination consentie I. Types d'union et attentes en matière d'écart d'âge », *Population*, vol. 45, n° 2, p. 327-360.
- BOZON Michel, GAYMU Joëlle et LELIÈVRE Éva, 2018, « L'expérience du vieillissement autour de la soixantaine en France. Âge subjectif et genre », *Ethnologie française*, vol. 3, n° 171, p. 401-412.
- BOZON Michel et LE VAN Charlotte, 2008, « Orientations en matière de sexualité et cours de la vie. Diversification et recomposition » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte.
- BOZON Michel et LERIDON Henri, 1993, « Les constructions sociales de la sexualité », *Population*, vol. 48, n° 5, p. 1173-1195.
- BOZON Michel, LERIDON Henri, RIANDEY Benoît et LE GROUPE ACSF, 1993, « Les comportements sexuels en France : d'un Rapport à l'autre », *Population & Sociétés*, n° 276.
- BRAUN Virginia, 2013, « 'Proper sex without annoying things': Anti-condom discourse and the 'nature' of (hetero)sex », *Sexualities*, vol. 16, n° 3-4, p. 361-382.
- BRAUN Virginia, GAVEY Nicola et MCPHILLIPS Kathryn, 2003, « The 'Fair Deal'? Unpacking Accounts of Reciprocity in Heterosex », *Sexualities*, vol. 6, n° 2, p. 237-261.
- BRAVERMAN Louis, 2017, « « Il n'y jamais rien qui est entré par là ! » Résistances et malaises masculins face au toucher rectal », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 48-1, p. 45-64.
- BRÉE Sandra, 2016, *Paris l'inféconde. La limitation des naissances en région parisienne au XIX^e siècle*, Paris, INED éditions.
- BRENOT Philippe, 2013a, *Les femmes, le sexe et l'amour. 3 000 femmes témoignent*, Paris, Marabout.

- BRENOT Philippe, 2013b, *Les hommes, le sexe et l'amour : La première enquête en France sur la sexualité des hommes vivant en couple*, Paris, Marabout.
- BRETIN Hélène, 2004, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, p. 87-110.
- BRETIN Hélène, 1992, *Contraception, quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*, Paris, Inserm (coll. « Analyses et prospective »).
- BRETIN Hélène, 1990, *Pratiques, techniques, inégalités sociales. Une approche sociologique de la contraception*, thèse de sociologie, Université Paris V - René Descartes, Paris.
- BRETIN Hélène et KOTOBİ Laurence, 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, n° 58, p. 123-134.
- BROADDUS Michelle R., MORRIS Heather et BRYAN Angela D., 2010, « 'It's Not What You Said, It's How You Said It': Perceptions of Condom Proposers by Gender and Strategy », *Sex roles*, vol. 62, n° 9-10, p. 603-614.
- BRODSKY Alexandra, 2017, « "Rape-Adjacent": Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal », *Columbia Journal of Gender and Law*, vol. 32, n° 2, p. 183-210.
- BROQUA Christophe, 2005, *Agir pour ne pas mourir ! Act up, les homosexuels et le sida*, Paris, Presses de Science Po.
- BROQUA Christophe, 2000, « Enjeux des méthodes ethnographiques dans l'étude des sexualités entre hommes », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 82-83, p. 129-155.
- BROQUA Christophe et DESCHAMPS Catherine (dir.), 2014, *L'échange économique-sexuel*, Paris, Éditions de l'EHESS (coll. « Cas de figure »).
- BRUCHEZ Christine, RIO CARRAL Maria DEL et SANTIAGO-DELEFOSSE Marie, 2009, « Coconstruction des savoirs autour des contraceptifs dans les forums de discussion Internet » dans Christine Thoër, Bertrand Lebouché, Joseph Josy Lévy et Vittorio A. Sironi (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 245-272.
- BRUNETON Ariane (ed.), 2005, *Sacrées bonnes femmes ! Les 20 premières années du Planning familial à Pau (1964-1984)*, Bizanos, Association Mémoire Collective en Béarn.
- BURGNARD Sylvie, 2015, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe. Une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, Bern, Peter Lang (coll. « Population, famille et société »).
- BUTLER Judith, 2005, *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, Éditions La Découverte.
- BUTON François, LEHINGUE Patrick, MARIOT Nicolas et ROZIER Sabine (dir.), 2016, *L'ordinaire du politique. Enquêtes sur les rapports profanes au politique*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- BUTON François, LOEZ André, MARIOT Nicolas et OLIVERA Philippe, 2014, « L'ordinaire de la guerre », *Agone*, vol. 1, n° 53, p. 7-10.
- BUVÉ A., LAGARDE E., CARAËL M., RUTENBERG N., FERRY B., GLYNN J. R., LAOUROU M., AKAM E., CHEGE J., SUKWA T. et STUDY GROUP ON HETEROGENEITY OF HIV EPIDEMICS IN AFRICAN CITIES, 2001, « Interpreting sexual behaviour data: validity issues in the multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities », *AIDS*, vol. 15, n° 4, p. 117-126.
- CALVEZ Marcel, 1997, « Les connaissances et les attitudes relatives au sida » dans Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond (dir.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, Éditions La Découverte, p. 317-349.
- CAMPBELL Beatrix, 1980, « A Feminist Sexual Politics: Now you see it, now you don't », *Feminist Review*, vol. 5, n° 1, p. 1-18.

- CARAËL M., CLELAND J., DEHENEFFE J. C., FERRY B. et INGHAM R., 1995, « Sexual behaviour in developing countries: implications for HIV control », *AIDS*, vol. 9, n° 10, p. 1171-1175.
- CARBALLO Manuel, 1995, « History and Background » dans John Cleland et Benoît Ferry (dir.), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, Londres, Taylor & Francis, p. 1-9.
- CARDON Dominique, 2003, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *Le Temps des médias*, n° 1, p. 77-94.
- CARUSO Salvatore, AGNELLO Carmela, INTELISANO Giorgia, FARINA Marco, DI MARI Lucia et CIANCI Antonio, 2004, « Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 µg ethinylestradiol/60 µg gestodene », *Contraception*, vol. 69, n° 3, p. 237-240.
- CASANOVA Giacomo, 2015, « Tome cinquième, XII » dans *Histoire de ma vie. II*, Paris, Gallimard (coll. « La Pléiade »).
- CERVILLE Maxime et PAILLER Fred, 2014, « #mariagepourtous : Twitter et la politique affective des hashtags », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 4.
- CHANSON Paul, 1952, *L'accord charnel (ouvrage réservé aux époux)*, Paris, Institut de sexologie familiale.
- CHAPERON Sylvie, 2018, « Simone de Beauvoir. Une homosexualité ni tout feu ni tout flamme » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 283-295.
- CHAPERON Sylvie, 2014, « Menie Grégoire » dans Janine Mossuz-Lavau (ed.), *Dictionnaire des sexualités*, Paris, Robert Laffont (coll. « Bouquins »), p. 347-348.
- CHAPERON Sylvie, 2007, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, Paris, Payot & Rivages.
- CHAPERON Sylvie, 2004, « Contester normes et savoirs sur la sexualité (France-Angleterre, 1880-1980) » dans Eliane Gubin, Catherine Jacques, Florence Rochefort, Brigitte Studer, Françoise Thébaud et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Le siècle des féminismes*, Paris, Les éditions de l'Atelier, p. 333-346.
- CHAPERON Sylvie, 2002a, « Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat », *Le Mouvement Social*, vol. 198, n° 1, p. 91-110.
- CHAPERON Sylvie, 2002b, « L'histoire contemporaine des sexualités en France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 75, n° 3, p. 47-59.
- CHARLAP Cécile, 2019, *La fabrique de la ménopause*, Paris, CNRS Editions.
- CHARTON Laurence, 2014, « La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille », *Recherches familiales*, n° 11, n° 1, p. 65-73.
- CHARTON Laurence, 2011, « De la contraception à la stérilisation. Représentations et motivations parmi des personnes stérilisées au Québec et en France » dans Laurence Charton et Joseph Josy Lévy (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, Presses de l'Université du Québec (coll. « Santé et société »).
- CHARTRAIN Cécile, 2010, « Prévention du sida : la cible "jeunes" (années 1980-2000) » dans Véronique Blanchard, Régis Révenin et Jean-Jacques Yvorel (dir.), *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle)*, Paris, Éditions Autrement, p. 75-86.
- CHATAIN Dominique, 1980, *Danger pilule. Pour une contraception diversifiée*, Copernic.
- CHAUCHARD Paul, 1969, *Volonté et sexualité. A propos de l'Encyclique Humanae Vitae*, Mulhouse, Éditions Salvator (coll. « Amour Mariage »).
- CHAUCHARD Paul, 1967, *Contre la pilule et le planning familial*, Nancy, Berger Levrault (coll. « Pour ou contre »).
- CHAUCHARD Paul, 1966, *La dignité sexuelle et la folie contraceptive*, Paris, Édition du Levain.

- CHAUCHARD Paul, 1965, *Amour et contraception. Pour une sexualité responsable*, Paris, Maison Mame.
- CHAUVEAU Sophie, 2003, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 18, p. 223-239.
- CHERKASSKAYA Eugenia et ROSARIO Margaret, 2018, « The Relational and Bodily Experiences Theory of Sexual Desire in Women », *Archives of Sexual Behavior*, p. 1-23.
- CHETCUTI Natacha, 2013 [2010], *Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi*, Paris, Payot & Rivages.
- CLAIR Isabelle, 2016a, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 213, p. 66-83.
- CLAIR Isabelle, 2016b, « La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 1, p. 45-70.
- CLAIR Isabelle, 2013, « Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? Retour sur quarante ans de réticences », *Cahiers du Genre*, vol. 54, p. 93-120.
- CLAIR Isabelle, 2012a, *Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin.
- CLAIR Isabelle, 2012b, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, vol. 60, n° 1, p. 67-78.
- CLAIR Isabelle, 2011, « La découverte de l'ennui conjugal. Les manifestations contrariées de l'idéal conjugal et de l'ethos égalitaire dans la vie quotidienne de jeunes de milieux populaires », *Sociétés contemporaines*, vol. 83, p. 59-81.
- CLAIR Isabelle, 2008, *Les jeunes et l'amour dans les cités*, Paris, Armand Colin.
- CLARKE Adele E., 1998, *Disciplining reproduction. Modernity, American life sciences and « the problems of sex »*, Berkeley and London, University of California Press.
- CLARKE Adele E., FISHMAN Jennifer R., FOSKET Jennifer Ruth, MAMO Laura et SHIM Janet K., 2000, « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, n° 2, p. 11-42.
- CLARKE Adele E., SHIM Janet K., MAMO Laura, FOSKET Jennifer Ruth et FISHMAN Jennifer R., 2003, « Biomedicalization. Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, p. 161-194.
- CLARO Mona, 2018, *Ni hasard ni projet. Genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970 – années 2010)*, thèse de sociologie, EHESS, Paris.
- CLARO Mona, 2016, « Contraception et avortement » dans Juliette Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux*, Paris, Éditions La Découverte, p. 136-148.
- CLELAND John et FERRY Benoît (dir.), 1995, *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, Londres, Taylor & Francis.
- COLLECTIF, 1972, « Contraception, sexualité, réformisme, avortement, gratuité », *Le Torchon brûlé (supplément)*, n° 5.
- COLLECTIF DE BOSTON POUR LA SANTÉ DES FEMMES, 1977 [1970], *Notre corps, nous-mêmes*, Paris, Éditions Albin Michel.
- COMBESSIE Philippe, 2014, « Le socio-anthropologue et les « libertines » » dans Anne Monjaret et Catherine Pugeault (dir.), *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions (coll. « Sociétés, espaces, temps »), p. 217-235.
- COMBESSIE Philippe, 2008, « Le partage de l'intimité sexuelle. Pistes pour une analyse du pluripartenariat au féminin » dans Didier Le Gall (dir.), *Identités et genres de vie. Chroniques d'une autre France*, Paris, L'Harmattan, p. 261-290.

- COMBY Jean-Baptiste et GROSSETÊTE Matthieu, 2012, « « Se montrer prévoyant » : une norme sociale diversement appropriée », *Sociologie*, vol. 3, n° 3, p. 251-266.
- CONDELLI Larry, 1986, « Social and Attitudinal Determinants of Contraceptive Choice: Using the Health Belief Model », *Journal of Sex Research*, vol. 22, n° 4, p. 478.
- CONLEY Terri D. et COLLINS Barry E., 2005, « Differences Between Condom Users and Condom Nonusers in Their Multidimensional Condom Attitudes », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 35, n° 3, p. 603-620.
- CONNELL Raewyn, 2014, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Éditions Amsterdam.
- CONNELL Raewyn, 1987, *Gender and power. Society, the person, and sexual politics*, Stanford, Stanford University Press.
- CONNELL Raewyn et MESSERSCHMIDT James W., 2015, « Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? », *Terrains & travaux*, n° 27, p. 151-192.
- CONRAD Peter, 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 1992, p. 209-232.
- COOK Hera, 2004, *The Long Sexual Revolution: English Women, Sex, and Contraception 1800-1975*, Oxford, Oxford University Press.
- CORBIN Alain, 2008, *L'Harmonie des plaisirs. Les manières de jouir, du Siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Perrin.
- CORBIN Alain, 1988, « La grande peur de la syphilis » dans Jean-Pierre Bardet, Patrice Bourdelais, Pierre Guillaume, François Lebrun et Claude Quélet (dir.), *Peurs et Terreurs face à la Contagion*, Paris, Fayard, p. 328-348.
- CORBIN Alain, 1986, « Les prostituées du XIX^e siècle et le "vaste effort du néant" », *Communications*, vol. 44, n° 1, p. 259-275.
- CORBIN Alain, 1984, « Le "sexe en deuil" et l'histoire des femmes au XIX^e siècle » dans Michelle Perrot (dir.), *Une histoire des femmes est-elle possible ?*, Marseille, Éditions Rivages, p. 142-154.
- CORBIN Alain, 1983, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIII^e-XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne.
- CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques et VIGARELLO Georges (dir.), 2011, *Histoire de la virilité*, Paris, Éditions du Seuil.
- CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques et VIGARELLO Georges (dir.), 2005, *Histoire du corps*, Paris, Éditions du Seuil.
- CORVAL Pierre, 1968, *Contraception et sexualité. Le couple devant un nouvel avenir*, Paris, Éditions du Centurion (coll. « Sciences humaines »).
- COSIO-ZAVALA María Eugenia, 2006, « Genre et procréation », *Tumultes*, vol. 1, n° 26, p. 99-113.
- COULMONT Baptiste, 2017, « Le petit peuple des sociologues », *Genèses*, n° 107, p. 153-175.
- COULMONT Baptiste, 2012, « Les économies de l'obscénité. Circuits sexuels et sexués du godemiché » dans Elisabeth Anstett et Marie-Luce Gélard (dir.), *Les objets ont-ils un genre ? Culture matérielle et production sociale des identités sexuées*, Paris, Armand Colin (coll. « Recherches »), p. 155-172.
- COURDURIÈS Jérôme, 2011, *Etre en couple (gay). Conjugalité et homosexualité masculine en France*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- COVILLE Marion, 2018, *Les applications de suivi menstruel : quantified self, genre, santé... et digital labor ?*, <https://femtech.hypotheses.org/53>, mis en ligne le 6 mars 2018, consulté le 7 mars 2018.
- COXON Anthony Peter Macmillan, 1999, « Parallel accounts? Discrepancies between self-report (diary) and recall (questionnaire) measures of the same sexual behaviour », *AIDS Care*, vol. 11, n° 2, p. 221-234.

- COXON Anthony Peter Macmillan, 1988, « ‘Something sensational...’ The sexual diary as a tool for mapping detailed sexual behaviour », *The Sociological Review*, vol. 36, n° 2, p. 353-367.
- CRENSHAW Kimberlé Williams, 2005 [1991], « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l’identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, n° 39, p. 51-82.
- CRESSON Geneviève, 1995, *Le travail domestique de santé : analyse sociologique*, Paris, L’Harmattan.
- CROSBY Richard A., MILHAUSEN Robin R., GRAHAM Cynthia A., YARBER William L., SANDERS Stephanie A., CHARNIGO Richard et SHRIER Lydia A., 2014, « Condom use motivations and selected behaviours with new versus established sex partners », *Sexual Health*, vol. 11, n° 3, p. 252.
- CROSETTI Anne-Sophie, 2017, « Pierre de Loch, ce transgresseur ? Quand les normes reproductives travaillent les organisations catholiques belges en charge du couple » dans Cécile Vanderpelen-Diagre et Caroline Sägesser (dir.), *La Sainte Famille. Sexualité, filiation et parentalité dans l’Eglise catholique*, Bruxelles, Édition de l’Université de Bruxelles (coll. « Problèmes d’histoire des religions »), p. 77-92.
- CUIN Charles-Henry, 2001, « Émotions et rationalité dans la sociologie classique : les cas de Weber et Durkheim », *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, XXXIX-120, p. 77-100.
- DA SILVA CABRAL Cristiane, 2014, « Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil », *Autrepart*, vol. 2, n° 70, p. 165-183.
- DAGIRAL Éric, 2006, « Genre et technologie », *Terrains & travaux*, n° 10, p. 194-206.
- DAMIAN-GAILLARD Béatrice et TRACHMAN Mathieu, 2015, « Le sexuel, le savant et le vulgaire. Retour sur deux enquêtes sur la pornographie » dans Christine Guionnet et Sophie Rétif (dir.), *Exploiter les difficultés méthodologiques. Une ressource pour l’analyse en sciences sociales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 47-65.
- DARDEL Julie DE, 2007, *Révolution sexuelle et Mouvement de Libération des Femmes à Genève (1970-1977)*, Lausanne, Éditions Antipodes (coll. « Histoire »).
- DAROLLE Raymond, 1974, *La contraception, c’est aussi l’affaire des hommes*, Paris, Presses de la Cité.
- DAVIS Kelly CueStappenbeck Cynthia A.Norris, JeanetteGeorge, William H.Jacques-Tiura, Angela J.Schraufnagel, Trevor J.Kajumulo, Kelly F., 2014, « Young Men’s Condom Use Resistance Tactics: A Latent Profile Analysis », *Journal of Sex Research*, vol. 51, n° 4, p. 454-465.
- D.D.A.S.S. (DÉPARTEMENT DU RHÔNE), 1982, *Milieu social et contraception. 5ème journée de réflexion et de coordination des centres de planification et des établissements d’information, de consultation et de conseil familial*.
- DE LUCA BARRUSSE Virginie, 2018, « Le complexe de la dénatalité. L’argument démographique dans le débat sur la prévention des naissances en France (1956-1967) », *Population*, vol. 73, n° 1, p. 9-34.
- DE LUCA BARRUSSE Virginie, 2016, « “Quand un jeune homme tire sur sa moustache...” L’éducation sexuelle et la construction de la masculinité dans la première moitié du XX^e siècle » dans Virginie De Luca Barrusse et Mariette Le Den (dir.), *Les politiques de l’éducation à la sexualité en France. Avancées et résistances*, Paris, L’Harmattan (coll. « Logiques sociales »), p. 51-80.
- DE LUCA BARRUSSE Virginie, 2010, « Le genre de l’éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940), From the gender of education to youth sexuality (1900-1940), Resumen », *Cahiers du Genre*, n° 49, p. 155-182.
- DELBÈS Christiane et GAYMU Joëlle, 1997, « L’automne de l’amour : la vie sexuelle après 50 ans », *Population*, vol. 52, n° 6, p. 1439-1483.
- DELLA SUDDA Magali, 2016, « Par-delà le bien et le mal, la morale sexuelle en question chez les femmes catholiques », *Nouvelles questions féministes*, vol. 35, n° 1, p. 82-101.
- DELPHY Christine, 2001, « Le patriarcat : une oppression spécifique » dans *L’Ennemi principal, volume 2 : Penser le genre (1979-1997)*, Paris, Éditions Syllepse, p. 51-83.

- DEMAZIÈRE Didier, 2008, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société*, n° 123, p. 15-35.
- DEMAZIÈRE Didier, 2007, « À qui peut-on se fier ? Les sociologues et la parole des interviewés », *Langage et société*, n° 121-122, p. 85-100.
- D'EMILIO John et FREEDMAN Estelle B., 1989, *Intimate Matters. A History of Sexuality in America*, New York, Harper & Row.
- DENORA Tia, 1996, « From Physiology to Feminism: Reconfiguring body, gender and expertise in natural fertility control », *International Sociology*, vol. 11, n° 3, p. 359-383.
- DERMENJIAN Geneviève et LOISEAU Dominique, 2006, « Les sources orales et l'histoire des femmes et du genre » dans Florence Descamps (dir.), *Les sources orales et l'histoire : récits de vie, entretiens, témoignages oraux*, Rosny-sous-Bois, Bréal (coll. « Sources d'histoire »), p. 211-240.
- DÉROFF Marie-Laure, 2007a, *Homme/Femme : la part de la sexualité. Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- DÉROFF Marie-Laure, 2007b, « L'Entretien sociologique et l'intime : étude de cas », *Les Cahiers de l'ARS*, n° 4.
- DEROGY Jacques, 1956, *Des enfants malgré nous*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- DESCAMPS Florence, 2006, *Les sources orales et l'histoire : récits de vie, entretiens, témoignages oraux*, Rosny-sous-Bois, Bréal (coll. « Sources d'histoire »).
- DESCAMPS Florence, 2001, *L'historien, l'archiviste et le magnétophone. De la constitution de la source orale à son exploitation*, Paris, Ministère de l'économie des finances et de l'industrie.
- DESCHAMPS Catherine, 2013, « Prix et valeur dans la circulation du désir », *Ethnologie française*, vol. 43, n° 3, p. 391-398.
- DESCHAMPS Fanny, 1968, *Ils parlent d'elles*, Paris, Éditions Bernard Grasset.
- DESGRÈES DU LOÛ Annabel, 2015, « Contraception : les couples et l'Église font chambre à part », *Études*, n° 11, p. 31-42.
- DESHAYES Fabien et POHN-WEIDINGER Axel, 2017, *L'amour en guerre. Sur les traces d'une correspondance pendant la guerre d'Algérie*, Montrouge, Bayard.
- DESJEUX Cyril, 2013, « La contraception du côté des hommes. L'émergence d'une "conscience masculine" » dans Jean-Claude Soufir et Roger Mieusset (dir.), *La contraception masculine*, Paris, Springer-Verlag.
- DESJEUX Cyril, 2010, « Les "scripts" du préservatif. Masculinité, hétérosexualité et intimité » dans Benoît Lelong et Catherine Vérité (dir.), *Communication et sphère privée*, Paris, L'Harmattan (coll. « Dossiers Sciences Humaines et Sociales »), p. 107-129.
- DESJEUX Cyril, 2009, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, 2009, n° 52, p. 49-63.
- DESJEUX Cyril, 2008, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *Interrogations*, n° 6, p. 151-160.
- DESJEUX Cyril, 2007, « Itinéraire d'un préservatif masculin et déclinaires de l'intimité masculine », *Consommation & Sociétés*, n° 7.
- DESROSIÈRES Alain, 1993, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, Éditions la Découverte.
- DEVEREUX Georges, 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.
- D'HOOGE Vanessa, 2013, « Spéculum, miroir et identités : le self help gynécologique à Bruxelles dans les années soixante-dix », *Sextant*, n° 30, p. 143-156.

- DILLER L. et HEMBREE W., 1977, « Male contraception and family planning: a social and historical review », *Fertility and Sterility*, vol. 28, n° 12, p. 1271-1279.
- DITER Kevin, 2015, « « Je l'aime, un peu, beaucoup, à la folie... pas du tout ! » », *Terrains & travaux*, n° 27, p. 21-40.
- DIXON-MUELLER Ruth, 1993, « The sexuality connection in reproductive health. », *Studies in family planning*, vol. 24, n° 5, p. 269-282.
- DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Édition de l'EHESS.
- DONATI Pascale, CÈBE Dominique et BAJOS Nathalie, 2002, « Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision » dans Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe Giné (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 115-162.
- DORAIS Michel, 1992, *Tous les hommes le font. Parcours de la sexualité masculine*, Montréal, Le Jour Éditeur & VLB Édition.
- DOUGLAS Mary, 2001, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Éditions La Découverte.
- DROIT Roger-Pol et GALLIEN Antoine, 1974, *La réalité sexuelle. Des femmes et des hommes disent les difficultés quotidiennes de leur vie sexuelle*, Paris, Éditions Robert Laffont.
- DUARTE Graciana Alves, ALVARENGA Augusta Thereza de, OSIS Maria José Duarte, FAÚNDES Aníbal et SOUSA Maria Helena de, 2003, « Participação masculina no uso de métodos contraceptivos », *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, n° 1, p. 207-216.
- DUCOT Béatrice, BAJOS Nathalie et SPIRA Alfred, 1993, « L'utilisation du préservatif » dans Alfred Spira, Nathalie Bajos et le groupe ACSF (dir.), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française, p. 239-266.
- DULONG Delphine, GUIONNET Christine et NEVEU Erik, 2012, *Boys Don't Cry! : Les coûts de la domination masculine*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- DUNCOMBE Jean et MARSDEN Dennis, 1996, « Whose Orgasm is this Anyway? "Sex Work" in Long-term Heterosexual Couple Relationship » dans Jeffrey Weeks et Janet Holland (dir.), *Sexual Cultures. Communities, Values and Intimacy*, London, MacMillan Press (coll. « Exploration in sociology »), p. 220-238.
- DUPÂQUIER Jacques et BARDET Jean-Pierre, 1986, « Contraception : les Français les premiers, mais pourquoi ? », *Communications*, vol. 44, n° 1, p. 3-33.
- DUPRAT-KUSHTANINA Veronika, 2015, « Texte de cadrage. Corps vieillissant, un objet pour les sciences sociales », *Gérontologie et société*, vol. 37, n° 148, p. 13-18.
- DUPUY Aurore et ROUX Sébastien, 2018, « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale », *Sociologie*, N° 3, vol. 9.
- DURAND Sandrine, 2002, « Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes » dans Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe Giné (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 249-336.
- DURAND-VALLOT Angeline, 2012, *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, Lyon, ENS éditions.
- DURANO Marianne, 2018, *Mon corps ne vous appartient pas. Contre la dictature de la médecine sur les femmes*, Paris, Albin Michel.
- DURKHEIM Émile, 2005, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige »).
- DUSSAUGE Isabelle, 2018, « Sexe, argent et modèles neuronaux du désir » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 169-190.

- DWORKIN Andrea, 2019 [1987], *Coïts*, Montréal, Éditions du Remue-ménage.
- EHRENBERG Alain, 1998, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain, 1991, *Le culte de la performance*, Paris, Hachette Littératures (coll. « Pluriel »).
- EL AMRANI-BOISSEAU Frédérique, 2012, *Filles de la Terre. Apprentissages au féminin (Anjou 1920-1950)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Histoire »).
- ELIAS Norbert, 2003 [1939], *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket.
- EMMANUELLE Camille, 2016, *Sexpowerment*, Paris, Anne Carrière.
- ERMAKOFF Ivan, 2017, « Épistémologie de l'exception », *Sociétés Plurielles*, n° 1.
- ERNAUX Annie, 2016, *Mémoire de fille*, Paris, Éditions Gallimard (coll. « Nrf »).
- ERNAUX Annie, 2008, *Les années*, Paris, Gallimard.
- FAHS Breanne, 2011, « Sex during menstruation: Race, sexual identity, and women's accounts of pleasure and disgust », *Feminism & Psychology*, vol. 21, n° 2, p. 155-178.
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses universitaires de France.
- FARVID Panteá et BRAUN Virginia, 2017, « Unpacking the “Pleasures” and “Pains” of Heterosexual Casual Sex: Beyond Singular Understandings », *The Journal of Sex Research*, vol. 54, n° 1, p. 73-90.
- FAUSTO-STERLING Anne, 2012, *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris, Éditions La Découverte.
- FEDERICI Silvia, 2012, « On Sexuality as Work », *The Commoner*, vol. 15, p. 88-94.
- FELDMAN Jacqueline, 1975, « Les rapports nationaux sur les comportements sexuels : un exemple de deux types d'interaction science-société », *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie / Europäisches Archiv für Soziologie*, vol. 16, n° 1, p. 95-110.
- FENNELL Julie, 2014, « “And Isn't that the point?”: pleasure and contraceptive decisions », *Contraception*, vol. 89, n° 4, p. 264-270.
- FENNER Lydia, 2016, « L'histoire de l'éducation à la sexualité en France depuis 1950. L'évolution du paradigme de la prévention » dans Virginie De Luca Barrusse et Mariette Le Den (dir.), *Les politiques de l'éducation à la sexualité en France. Avancées et résistances*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), p. 81-98.
- FERRAND Alexis et MOUNIER Lise, 1998, « Influence des réseaux de confiance sur les relations sexuelles » dans Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alexis Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira et le groupe ACSF (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France.
- FERRAND Alexis et MOUNIER Lise, 1993, « L'échange de paroles sur la sexualité : une analyse des relations de confiance », *Population*, vol. 48, n° 5, p. 1451-1475.
- FERRAND Michèle, 2017, « 50 ans de la loi Neuwirth : “La pilule permet aux femmes d'avoir le contrôle de leur vie” », *Le Monde*, 19 déc. 2017.
- FERRAND Michèle, 2003, « Nous aurons les jouissances que nous voulons... La question de la sexualité dans le féminisme français contemporain » dans Gérard Ignasse et Daniel Weltzer-Lang (dir.), *Genre et sexualités*, Paris, L'Harmattan (coll. « Cahiers du REGENSE »), p. 53-64.
- FERRAND Michèle, BAJOS Nathalie et ANDRO Armelle, 2008, « Accords et désaccords : variations autour du désir » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 359-380.
- FERRAND-PICARD Michèle, 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n° 3, p. 383-396.

- FERRY Benoît, 1995, « Characteristics of Surveys and Data Quality » dans John Cleland et Benoît Ferry (dir.), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, Londres, Taylor & Francis, p. 10-42.
- FIDOLINI Vulca, 2018, *La production de l'hétéronormativité. Sexualités et masculinités chez de jeunes Marocains en Europe*, Toulouse, Presses universitaires du Midi.
- FINE-SOURIAC Agnès, 1978, « La limitation des naissances dans le Sud-Ouest de la France : fécondité, allaitement et contraception au Pays de Sault du milieu du XVIII^e siècle à 1914 », *Annales du Midi : revue archéologique, historique et philologique de la France méridionale*, vol. 90, n° 137, p. 155-188.
- FIRESTONE Shulamith, 1970, *The Dialectic of sex. The case for feminist revolution*, New York, William Morrow & Co.
- FISHER Kate, 2006, *Birth Control, Sex and Marriage in Britain, 1918-1960*, Oxford and New York, Oxford University Press.
- FISHER Kate, 2000, « 'She Was Quite Satisfied with the Arrangements I Made': Gender and Birth Control in Britain 1920-1950 », *Past & Present*, vol. 169, n° 1, p. 161-193.
- FISHER Kate et SZRETER Simon, 2003, « "They Prefer Withdrawal": The Choice of Birth Control in Britain, 1918-1950 », *The Journal of Interdisciplinary History*, vol. 34, n° 2, p. 263-291.
- FLANDRIN Jean-Louis, 1981, *Le Sexe et l'Occident. Evolution des attitudes et des comportements*, Paris, Seuil.
- FLANDRIN Jean-Louis, 1970, *L'Église et le contrôle des naissances*, Paris, Flammarion.
- FLOOD Mickael, 2003, « Lust, Trust and Latex: Why Young Heterosexual Men Do Not Use Condoms », *Culture, Health & Sexuality*, n° 4, p. 353.
- FOLDES Pierre et BUISSON Odile, 2009, « The clitoral complex: a dynamic sonographic study », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 6, n° 5, p. 1223-1231.
- FONTANEL Béatrice et WOLFROMM Daniel, 2009, *Petite histoire du préservatif*, Paris, Stock.
- FOUCAULT Michel, 2001 [1977], « Non au sexe roi » dans *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard (coll. « Quarto »), p. 256-269.
- FOUCAULT Michel, 1984, *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Éditions Gallimard (coll. « Tel »).
- FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Éditions Gallimard (coll. « Tel »).
- FRÉMONTIER Jacques, 1980, *La vie en bleu. Voyage en culture ouvrière*, Paris, Fayard.
- FREUNDL Günter, SIVIN Irving et BATÁR István, 2010, « State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception. IV. Natural family planning », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 15, n° 2, p. 113-123.
- FRIEDMANN Isabelle et MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, 2006, *Liberté, sexualités, féminisme. 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes*, Paris, Éditions La Découverte.
- FRYE Marilyn, 1983, *The politics of reality: essays in feminist theory*, Trumansburg, Crossing.
- GAGNON John, 2008, *Les Scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot.
- GAGNON John et SIMON William, 1973, *Sexual conduct. The social sources of human sexuality*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- GALINSKY Adena M et SONENSTEIN Freya Lund, 2013, « Relationship commitment, perceived equity, and sexual enjoyment among young adults in the United States », *Archives Of Sexual Behavior*, janvier vol. 42, n° 1, p. 93-104.

- GAMSON Joshua, 1990, « Rubber Wars: Struggles over the Condom in the United States », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 1, n° 2, p. 262-282.
- GARCIA Marie-Carmen, 2016, *Amours clandestines. Sociologie de l'extraconjugalité durable*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- GARDEY Delphine, 2018, « Savoirs du sexe, politiques du désir. Les sciences, la médecine et la sexualité des femmes (XIX^e-XXI^e siècles) » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 5-35.
- GARDEY Delphine et CHABAUD-RYCHTER Danielle, 2002, « La neutralité des techniques à l'épreuve de la critique » dans Delphine Gardey et Danielle Chabaud-Rychter (dir.), *L'engendrement des choses. Des hommes, des femmes et des techniques*, Paris, Édition des Archives Contemporaines (coll. « Histoire des sciences, des techniques et de la médecine »), p. 9-48.
- GARDEY Delphine et HASDEU Iulia, 2015, « Cet obscur sujet du désir », *Travail, genre et sociétés*, n° 34, n° 2, p. 73-92.
- GARDEY Delphine et LÖWY Ilana, 2000, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines.
- GARIBIAN Taline, 2018, « Juges et médecins au chevet de la sexualité conjugale. Les divorces pour "incompatibilité sexuelle" au milieu du XX^e siècle » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 55-69.
- GAUDILLIÈRE Jean-Paul, 2003, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du Genre*, n° 34, p. 57-80.
- GAUTHIER Marie-Véronique, 1999, *Le Cœur et le Corps. Du masculin dans les années soixante. Des hommes écrivent à Menie Grégoire*, Paris, Éditions Imago.
- GAUTHIER Maude et MERCIER Élisabeth, 2017, « Perspectives queer et féministes pour un regard critique sur l'intimité dans les médias numériques. Queer and Feminist Analyses of Intimacy in Digital Media », *Genre, sexualité & société*, n° 17.
- GAUTHIER Xavière, 2002, *Naissance d'une liberté*, Paris, Éditions Robert Laffont.
- GAUTHIER Xavière, 1976, *Dire nos sexualités. Contre la sexologie*, Paris, Éditions Galilée.
- GAVEY Nicola, MCPHILLIPS Kathryn et BRAUN Virginia, 1999, « Interruptus Coitus: Heterosexuals Accounting for Intercourse », *Sexualities*, vol. 2, n° 1, p. 35-68.
- GELLY Maud, 2013, « Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges », *Sciences sociales et santé*, vol. 31, n° 4, p. 73-96.
- GELLY Maud, 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan (coll. « Bibliothèque du féminisme »).
- GELLY Maud et PAVARD Bibia, 2016, « De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s. Deux mobilisations des profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011) », *Genèses*, n° 102, p. 47-66.
- GIAMI Alain, 2016, « De l'émancipation à l'institutionnalisation : santé sexuelle et droits sexuels », *Genre, sexualité & société*, n° 15.
- GIAMI Alain, 2007, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues*, vol. 250, n° 7, p. 56-60.
- GIAMI Alain, 2004, « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité » dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Édition de l'EHESS, p. 77-108.

- GIAMI Alain, 2000, « Les récits sexuels : matériaux pour une anthropologie de la sexualité », *Journal des anthropologues*, n° 82-83, p. 113-127.
- GIAMI Alain, 1999, « Cent ans d'hétérosexualité », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 128, n° 1, p. 38-45.
- GIAMI Alain, 1993, « Le questionnaire ACSF : l'influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité », *Population*, vol. 48, n° 5.
- GIAMI Alain et HEKMA Gert (dir.), 2015, *Révolutions sexuelles*, Paris, La Musardine (coll. « L'attrape-corps »).
- GIAMI Alain et LERIDON Henri (dir.), 2000, *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Inserm/INED.
- GIAMI Alain et SCHILTZ Marie-Ange, 2004, *L'expérience de la sexualité chez les jeunes adultes. : Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm.
- GIAMI Alain et SPENCER Brenda, 2004, « Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, n° 4, p. 377-387.
- GILFOYLE Jackie, WILSON Jonathan et BROWN, 1992, « Sex, Organs and Audiotape: A Discourse Analytic Approach to Talking about Heterosexual Sex and Relationships », *Feminism & Psychology*, vol. 2, n° 2, p. 209-230.
- GINZBURG Carlo, 2001 [1998], « L'étrangement. Préhistoire d'un procédé littéraire » dans Carlo Ginzburg (dir.), *À distance. Neuf essais sur le point de vue en histoire*, traduit par Pierre-Antoine Fabre, Paris, Gallimard (coll. « Bibliothèque des histoires »), p. 15-36.
- GIRARD Gabriel, 2013, *Les homosexuels et le risque du sida : Individu, communauté et prévention*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- GIRARD Gabriel et DORÉ Véronique, 2018, « Thirty Years of Research on Gay Men and HIV Prevention in France: A Narrative Review of the Literature », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 47, n° 5, p. 1341-1349.
- GIRAUD Christophe, 2017, *L'amour réaliste. La nouvelle expérience amoureuse des jeunes femmes*, Paris, Armand Colin (coll. « Individu et Société »).
- GIROUX Anaïs, 2016, « Le VIH, un risque comme les autres pour les ados ? », *Transversal. Magazine d'information sur le sida*, n° 81, p. 14-15.
- GOFFMAN Erving, 1974 [1967], *Les Rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOFFMAN Erving, 1973 [1956], *La Mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 La présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit (coll. « Le sens commun »).
- GOT Claude, 1989, *Rapport sur le sida. 23 août-3 octobre 1988*, Paris, Flammarion.
- GOURARIER Mélanie, 2017, *Alpha Mâle. Séduire les femmes pour s'apprécier entre hommes*, Paris, Seuil (coll. « La couleur des idées »).
- GRAHAM Cynthia A., 2012, « Condom use in the context of sex research: a commentary », *Sexual Health*, vol. 9, n° 1, p. 103-108.
- GRAHAM Cynthia A., 2002, « Sexual Side Effects of Oral Contraceptives: Clinical Considerations », *Medical aspects of Human Sexuality*, 2002.
- GRAHAM Cynthia A., RAMOS R., BANCROFT John, MAGLAYA C. et FARLEY T. M., 1995, « The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods », *Contraception*, vol. 52, n° 6, p. 363-369.
- GREEN Adam Isaiah, 2008, « Erotic habitus: toward a sociology of desire », *Theory and Society*, vol. 37, p. 597-626.

- GRINO Claire, 2015, *Corps, genre et nouvelles technologies biomédicales : reconfigurations antinaturalistes au sein des théories féministes*, thèse de philosophie, Université Paris I – Panthéon-Sorbonne et Université Laval.
- GRINO Claire, 2014, « La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale », *Genre, sexualité & société*, n° 12.
- GROUPE ACSF, 1998, *Comportements sexuels et sida en France. Données de l'enquête Analyse des comportements sexuels en France*, Paris, Les Édition INSERM (coll. « Questions en Santé publique »).
- GUBIN Eliane et JACQUES Catherine, 2010, « Construire l'histoire des sexualités. Regards critiques sur l'historiographie contemporaine » dans Régine Beauthier, Valérie Piette et Barbara Truffin (dir.), *La modernisation de la sexualité (19^e-20^e siècles)*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, p. 185-227.
- GUIBERT-LANTOINE Catherine DE et LERIDON Henri, 1998, « La contraception en France : un bilan après 30 ans de libéralisation », *Population*, vol. 53, n° 4, p. 785-811.
- GUILLAUMIN Colette, 1992, *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, Éditions Indigo & Côté-femmes.
- GUILLAUMIN Colette, 1978, « Pratique du pouvoir et idée de Nature (2) Le discours de la Nature », *Questions Féministes*, n° 3, p. 5-28.
- GUIONNET Christine, 2012, « Introduction. Pourquoi réfléchir aux coûts de la domination masculine ? » dans Delphine Dulong, Christine Guionnet et Erik Neveu (dir.), *Boys Don't Cry! : Les coûts de la domination masculine*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 7-38.
- GUIONNET Christine et RÉTIF Sophie (dir.), 2015, *Exploiter les difficultés méthodologiques. Une ressource pour l'analyse en sciences sociales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- GUMY Christel et KRAUS Cynthia, 2018, « Désirer ? Une brève histoire de la sexologie à Lausanne depuis les années 1950 » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 71-86.
- GUTMANN Matthew C., 2007, *Fixing Men. Sex, Birth Control, and AIDS in Mexico*, Berkeley, University of California Press.
- GUYARD Laurence, 2010, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles questions féministes*, vol. 29, n° 3, p. 44-57.
- GUYARD Laurence, 2008, *La médicalisation contemporaine du corps de la femme : le cas de la consultation gynécologique*, thèse de sociologie, Université Paris X Nanterre.
- HAICAULT Monique, 2000, *L'expérience sociale du quotidien. Corps, espace, temps*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa (coll. « Sciences sociales »).
- HAMEL Christelle, 2002, « La masculinité dans le contexte de la galère : le cas de garçons français maghrébins face aux risques d'infection par le VIH » dans *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris, Éditions de l'ANRS (coll. « Sciences sociales »), p. 85-98.
- HAMEL Christelle et CLAIR Isabelle, 2012, « « Dans le même temps, je découvre que je suis blanche... ». Entretien avec Christelle Hamel », *Genre, sexualité & société*, n° 7.
- HAMEL Christelle, DEBAUCHE Alice, BROWN Elizabeth, LEBUGLE Amandine, LEJBOWICZ Tania, MAZUY Magali, CHARRUAULT Amélie, CROMER Sylvie et DUPUIS Justine, 2016, « Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, n° 538.
- HARVEY S. Marie et SCRIMSHAW Susan C. M., 1988, « Coitus-Dependent Contraceptives: Factors Associated with Effective Use », *Journal of Sex Research*, vol. 25, n° 3, p. 364-378.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2013, *Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*.

- HAYASHI Kenji, 1999, « La contraception au Japon » dans Etienne-Emile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon (dir.), *Contraception: contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob (coll. « Travaux du Collège de France »), p. 279-291.
- HAYFIELD Nikki et CLARKE Victoria, 2012, « “I’d be just as happy with a cup of tea”: Women’s accounts of sex and affection in long-term heterosexual relationships », *Women’s Studies International Forum*, vol. 35, n° 2, p. 67-74.
- HENCHOZ Caroline, 2016, « Enquêter sur l’amour auprès de trois générations. Retour sur le rôle central des émotions dans le processus de recherche qualitative », *Émulations*, n° 18, p. 21-33.
- HENSEL Devon J., STUPIANSKY Nathan W., HERBENICK Debby, DODGE Brian et REECE Michael, 2011, « When condom use is not condom use: An event-level analysis of condom use behaviors during vaginal intercourse », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, n° 1, p. 28-34.
- HÉRITIER Françoise, 1999, « Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin » dans Etienne-Emile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon (dir.), *Contraception: contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob (coll. « Travaux du Collège de France »), p. 37-52.
- HERLIN-GIRET Camille, 2018, « En quête de richesse », *Genèses*, n° 111, n° 2, p. 137-155.
- HERMANN-MESFEN Judith, 2013, « Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine », *Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, n° 87.
- HIGGINS Jenny A., 2017, « Pregnancy Ambivalence and Long-Acting Reversible Contraceptive (LARC) Use Among Young Adult Women: A Qualitative Study », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*.
- HIGGINS Jenny A., 2015, *Pull out all the stops: Doubling up with withdrawal*, <http://bedsider.org/features/752-pull-out-all-the-stops-doubling-up-with-withdrawal>, 17 août 2015, consulté le 24 octobre 2015.
- HIGGINS Jenny A., 2010, « Sex as “Risk of Conception”? Sexual Frames within the Family Planning Field. » dans *Handbook of Sexuality, Health, and Rights*, New-York, Routledge, p. 153-163.
- HIGGINS Jenny A., 2007, « Sexy Feminisms & Sexual Health: Theorizing Heterosex, Pleasure, and Constraint in Public Health Research », *Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice*, vol. 31, n° 2, p. 72-81.
- HIGGINS Jenny A. et COOPER Anne D., 2012, « Dual use of condoms and contraceptives in the USA », *Sexual Health*, vol. 9, n° 1, p. 73-80.
- HIGGINS Jenny A. et DAVIS Anne R., 2014, « Contraceptive sex acceptability: a commentary, synopsis and agenda for future research », *Contraception*, vol. 90, n° 1, p. 4-10.
- HIGGINS Jenny A. et DAVIS Anne R., 2011, « Sexuality and Contraception » dans Robert A. Hatcher, James Trussell, Anita L. Nelson, Willard Jr. Cates et Deborah Kowal (dir.), *Contraceptive Technology*, 20^e éd., New York, Ardent Media, Inc., p. 1-28.
- HIGGINS Jenny A. et FENNELL Julie L., 2013, « Including Women’s Pleasure in “The Next Generation of Condoms” », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 10, n° 12, p. 3151-3153.
- HIGGINS Jenny A. et HIRSCH Jennifer S., 2008, « Pleasure, Power, and Inequality: Incorporating Sexuality Into Research on Contraceptive Use », *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 10, p. 1803-1813.
- HIGGINS Jenny A. et HIRSCH Jennifer S., 2007, « The Pleasure Deficit: Revisiting the “Sexuality Connection” in Reproductive Health », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 39, n° 4, p. 240-247.
- HIGGINS Jenny A., KRAMER Renee D. et RYDER Kristin M., 2016, « Provider Bias in Long-Acting Reversible Contraception (LARC) Promotion and Removal: Perceptions of Young Adult Women », *American Journal of Public Health*, vol. 106, n° 11, p. 1932-1937.

- HIGGINS Jenny A., MULLINAX M., TRUSSELL J., DAVIDSON J. K. et NELWYN M., 2010, « Predictors of sexual satisfaction among young adults in the United States », *Contraception*, vol. 82, n° 2, p. 211.
- HIGGINS Jenny A., RYDER Kristin, SKARDA Grace, KOEPEL Erica et BENNETT Eliza A., 2015, « The Sexual Acceptability of Intrauterine Contraception: A Qualitative Study of Young Adult Women », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 47, n° 3, p. 115-122.
- HIGGINS Jenny A., SANDERS Jessica N., PALTA Mari et TUROK David K., 2016, « Women's Sexual Function, Satisfaction, and Perceptions After Starting Long-Acting Reversible Contraceptives », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 128, n° 5, p. 1143-1151.
- HIGGINS Jenny A. et SMITH Nicole K., 2016, « The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept », *Journal of Sex Research*, vol. 53, n° 4-5, p. 417-456.
- HIGGINS Jenny A., TANNER Amanda E. et JANSSEN Erick, 2009, « Arousal loss related to safer sex and risk of pregnancy: implications for women's and men's sexual health », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, n° 3, p. 150-157.
- HIGGINS Jenny A. et WANG Y., 2014, « The importance of pleasure: sexuality attitudes and male condom practices among 15-24 year-olds in the US », *Contraception*, vol. 90, n° 3, p. 333-334.
- HIGGINS Jenny A. et WANG Yu, 2015, « Which young adults are most likely to use withdrawal? The importance of pregnancy attitudes and sexual pleasure », *Contraception*, vol. 91, n° 4, p. 320-327.
- HINTERMEYER Pascal, IGRSHEIM Jacqueline, RAPHAËL Freddy et HERBERICH-MARX Geneviève, 1994, *Un voile sur l'amour. Enquête sur les attitudes des jeunes face au sida*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg.
- HIRSCH Jennifer S. et NATHANSON Constance A., 2001, « Some Traditional Methods Are More Modern than Others. Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 3, n° 4, p. 413-428.
- HIRT Caroline, 2009, « La sexualité postnatale : un objet d'étude négligé par les sciences humaines et sociales » dans Catherine Deschamps, Laurent Gaissad et Christelle Taraud (dir.), *Hétéros. Discours, lieux, pratiques*, Paris, EPEL, p. 145-153.
- HIRT Caroline, 2005, « La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement : analyse de la construction d'un problème social », mémoire de licence en ethnologie, Université de Neuchâtel.
- HITE Shere, 2000 [1976], *Le nouveau rapport Hite. L'enquête la plus révolutionnaire jamais menée sur la sexualité féminine*, Paris, J'ai lu (coll. « Bien-être »).
- HOCHSCHILD Arlie Russel, 2017 [1983], *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, traduit par Salomé Fournet-Fayas et Cécile Thomé, Paris, Éditions La Découverte.
- HOLLAND Janet, RAMAZANOGLU Caroline, SHARPE Sue et THOMPSON Rachel, 2002, « Le mâle dans la tête : réputation sexuelle, genre et pouvoir », *Mouvements*, vol. 20, n° 2, p. 75-83.
- HOLLAND Janet, RAMAZANOGLU Caroline, SHARPE Sue et THOMPSON Rachel, 1998, *The Male in the Head. Young People, Heterosexuality and Power*, Londres, The Tufnell Press.
- HOQUET Thierry, 2015, *Sexus nullus ou l'égalité*, Donnemarie-Dontilly, Éditions iXe.
- HUSSON Anne-Charlotte, 2013, « Théorie du genre et controverses d'égalité en France », *Romanica Silesiana*, vol. 8, n° 1, p. 49-58.
- HUXLEY Aldous, 2013 [1932], *Le meilleur des mondes*, traduit par Jules Castier, Paris, Plon.
- HYNIE Michaela, LYDON John E., COTE Sylvana et WIENER Seth, 1998, « Relational Sexual Scripts and Women's Condom Use: The Importance of Internalized Norms », *Journal of Sex Research*, vol. 35, n° 4, p. 370-380.
- IACUB Marcela et MANIGLIER Patrice, 2005, *Antimanuel d'éducation sexuelle*, Rosny-sous-Bois, Éditions Bréal.

- IFF Simone, 1975, *Demain la société sexualisée. Le combat du Mouvement français pour le Planning familial*, Paris, Calmann-Lévy.
- IFOP, 2010, *Le catholicisme en France en 2010*.
- ILLOUZ Eva, 2006, *Les Sentiments du capitalisme*, Paris, Le Seuil.
- ISIDORI Andrea M., POZZA Carlotta, ESPOSITO Katherine, GIUGLIANO Dario, MORANO Susanna, VIGNOZZI Linda, CORONA Giovanni, LENZI Andrea et JANNINI Emmanuele A., 2010, « Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 7, n° 3, p. 1139-1146.
- JACKSON Stevi, 1996, « Récents débats sur l'hétérosexualité. Une approche féministe matérialiste », *Nouvelles questions féministes*, 1996, vol. 17, n° 3, p. 5-26.
- JACOB-HARGOT Thérèse, 2016, *Une jeunesse sexuellement libérée (ou presque)*, Paris, Albin Michel.
- JACQUES Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses universitaires de France.
- JAISSON Marie, 2002, « La mort aurait-elle mauvais genre ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, n° 3, p. 44-52.
- JASPARD Maryse et L'ÉQUIPE ENVEFF, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population & Sociétés*, n° 364.
- JOHNSON-HANKS Jennifer, 2002, « On the Modernity of Traditional Contraception. Time and the Social Context of Fertility », *Population and Development Review*, vol. 28, n° 2, p. 229-249.
- JONES Rachel K., FENNEL Julie, HIGGINS Jenny A. et BLANCHARD Kelly, 2009, « Better than nothing or savvy risk-reduction practice? The importance of withdrawal », *Contraception*, vol. 79, n° 6, p. 407-410.
- JONES Rachel K., LINDBERG Laura D. et HIGGINS Jenny A., 2014, « Pull and pray or extra protection? Contraceptive strategies involving withdrawal among US adult women », *Contraception*, vol. 90, n° 4, p. 416-421.
- JOUËT Josiane et LE CAROFF Coralie, 2013, « L'observation ethnographique en ligne » dans Christine Barats (dir.), *Manuel d'analyse du web en Sciences Humaines et Sociales*, Paris, Armand Colin, p. 147-165.
- KAMMEN Jessika van et OUDSHOORN Nelly, 2002, « Gender and risk assessment in contraceptive technologies », *Sociology of Health & Illness*, vol. 24, n° 4, p. 436-461.
- KATZ Jonathan Ned, 2001, *L'invention de l'hétérosexualité*, Paris, EPEL.
- KAUFMANN Jean-Claude, 2016 [1996], *L'entretien compréhensif*, 4^e éd., Paris, Armand Colin (coll. « 128 »).
- KÉPÈS Suzanne, 1972, « Contraception, plaisir et désir », *Planning Familial*, n° 18, p. 8-12.
- KERGOAT Danièle, 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux » dans Elsa Dorlin (dir.), *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses universitaires de France, p. 111-125.
- KIMMEL Michael S., 2005, *The Gender of Desire. Essays on Male Sexuality*, New-York, State University of New York Press.
- KINSEY Alfred, MARTIN Clyde et POMEROY Wardell, 1953, *Sexual Behaviour in the Human Female*, Philadelphie et Londres, Saunders.
- KINSEY Alfred, MARTIN Clyde et POMEROY Wardell, 1948, *Sexual Behaviour in the Human Male*, Philadelphie et Londres, Saunders.
- KOEDT Anne, 1970, « Le mythe de l'orgasme vaginal », *Partisans*, n° 54-55, p. 54-60.

- KULICK Don, 2011, «La vie sexuelle des anthropologues : subjectivité érotique et travail ethnographique », *Genre, sexualité & société*, n° 6.
- LACEY Louise, 1976 [1972], *Lunaception. Du corps, des femmes, de la contraception*, Montreal, Éditions L'Étincelle.
- LAGRANGE Hugues, 1998, « Le sexe apprivoisé ou l'invention du flirt », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n° 1, p. 139-175.
- LAGRANGE Hugues, 1997, « Précautions : préservatifs et recours au test » dans Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond (dir.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, Éditions La Découverte, p. 281-316.
- LAGRANGE Hugues, 1991, « Un gramme cinq de latex ? (Les hétérosexuels au risque du sida et la prévention) », *Temps modernes*, n° 536, p. 117-146.
- LAGRANGE Hugues et LHOMOND Brigitte (dir.), 1997, *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, Éditions La Découverte.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1967a, *La contraception et les Français. Étude sur 7600 couples (1956-1966)*, Paris, Maloine.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1967b, *Pour la pilule et le planning familial*, Nancy, Berger Levrault (coll. « Pour ou contre »).
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1966, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Guy de Monceau.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1960, *La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin*, Paris, Julliard.
- LAHIRE Bernard, 2002, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin.
- LAMBERT Pierre et LAMBERT Marguerite (dir.), 1966, *3000 foyers parlent. Une enquête de Clair Foyer sur la régulation des naissances*, Paris, C.M.R. Édition-librairie et Les Éditions ouvrières.
- LAPORTE Anne et BELTZER Nathalie, 2008, « Sexualité et maladies chroniques » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 509-525.
- LARRÈRE Catherine, 2012, « L'écoféminisme : féminisme écologique ou écologie féministe », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 22, p. 105-121.
- LAUMANN Edward O., GAGNON John H., MICHAEL Robert T. et MICHAELS Stuart, 1994, *The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press.
- LAVOIE-MOORE Myriam, 2017, « « Trying to avoid », « trying to conceive » : (re)produire une féminité contradictoire par la quantification », *Genre, sexualité & société*, n° 17.
- LE GALL Didier et LE VAN Charlotte, 2007, *La première fois. Le passage à la sexualité adulte*, Paris, Payot.
- LE GUEN Mireille, ROUX Alexandra, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, FONQUERNE Leslie, THOMÉ Cécile, VENTOLA Cécile et LE LABORATOIRE JUNIOR CONTRACEPTION&GENRE, 2017, « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », *Population & Sociétés*, n° 549.
- LE GUEN Mireille, VENTOLA Cécile, BOHET Aline, MOREAU Caroline et BAJOS Nathalie, 2015, « Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning », *Contraception*, n° 92, p. 46-54.
- LE MAT Aurore, 2018, *Parler de sexualité à l'école. Controverses et luttes de pouvoir autour des frontières de la vie privée*, thèse de science politique, Université de Lille.

- LE NAOUR Jean-Yves et VALENTI Catherine, 2003, *Histoire de l'avortement. XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « L'univers historique »).
- LE PAPE Marie-Clémence, 2009, « Être parent dans les milieux populaires : entre valeurs familiales traditionnelles et nouvelles normes éducatives », *Informations sociales*, n° 154, n° 4, p. 88-95.
- LE WITA Béatrix, 1988, *Ni vue ni connue. Approche ethnographique de la culture bourgeoise*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- LEFEBVRE DES NOETTES Véronique et GAUILLARD Jacques, 2015, « Sexualité et avancée en âge », *L'information psychiatrique*, vol. 91, n° 9, p. 740-746.
- LEGOUGE Patricia, 2016, « Plaisir sexuel » dans Juliette Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux*, Paris, Éditions La Découverte, p. 459-469.
- LEGOUGE Patricia, 2014, « Les représentations de la sexualité dans la presse magazine française : injonctions et idée de Nature », *Raison présente*, 4, n° 192, p. 61-71.
- LEGOUGE Patricia, 2013, « Les représentations de la sexualité dans Jeune & Jolie », *Le Temps des médias*, vol. 21, n° 2, p. 68-81.
- LEMERCIER Claire, OLLIVIER Carine et ZALC Claire, 2013, « Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Plaidoyer pour un bricolage raisonné » dans Moritz Hunsmann et Sébastien Kapp (dir.), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 125-143.
- LERIDON Henri (dir.), 2014, *Les théories de la fécondité*, Paris, INED.
- LERIDON Henri, 2008a, « Le nombre de partenaires : un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais des comportements encore très différents » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 215-242.
- LERIDON Henri, 2008b, « Fréquence et modalités des rapports sexuels : des situations contrastées selon le type de partenaire » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 315-332.
- LERIDON Henri, 1979, « Les pratiques contraceptives en France (1978) », *Population & Sociétés*, n° 120.
- LERIDON Henri, CHARBIT Yves, COLLOMB Phillipe, SARDON Jean-Paul et TOULEMON Laurent, 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, Presses universitaires de France.
- LERIDON Henri, MAYEN Michèle, LEVAILLANT Jean-Marc et MAYEN Michele, 1977, « La diffusion des méthodes modernes de contraception: Une étude dans une consultation hospitalière », *Population (French Edition)*, vol. 32, 4/5, p. 777.
- LERIDON Henri et TOULEMON Laurent, 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, vol. 47, n° 1.
- LEVIN David, 2012, « MHealth: promise and pitfalls », *Frontiers of Health Services Management*, vol. 29, n° 2, p. 33-39.
- LEVINSON Sharman, 2008a, « Les “difficultés” de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte.
- LEVINSON Sharman, 2008b, « La place et l'expérience des enquêteurs dans une enquête sensible » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 97-113.
- LEVINSON Sharman, 2001, *Les histoires de référence : cadres socio-temporels et représentations des premières relations sexuelles*, thèse de psychologie sociale, EHESS, Paris.

- LÉVY Christine, 2016, « Débats sur la contraception et l'autonomie sexuelle chez les féministes japonaises », *Nouvelles questions féministes*, vol. 35, n° 1, p. 48-64.
- LEWIS Ruth et MARSTON Cicely, 2016, « Oral Sex, Young People, and Gendered Narratives of Reciprocity », *The Journal of Sex Research*, vol. 53, n° 7, p. 776-787.
- LOWE Pam, 2005, « Contraception and Heterosex: An Intimate Relationship », *Sexualities*, vol. 8, n° 1, p. 75-92.
- LÖWY Ilana, 2006, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute.
- LÖWY Ilana, 2005, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis », *Travail, genre et sociétés*, vol. 2, n° 14, p. 89-108.
- LÖWY Ilana et GAUDILLIÈRE Jean-Paul, 2004, « Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause », *Mouvements*, vol. 2, n° 32, p. 32-39.
- LUPTON Deborah, 2015, « Quantified sex: a critical analysis of sexual and reproductive self-tracking using apps », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, n° 4, p. 440-453.
- MACKINNON Catharine A., 2012, « « Sexuality » », *Raisons politiques*, n° 46, p. 101-130.
- MAILLARD Claude, 1970, *Sexe contrôle. Petite anthologie de la contraception*, Paris, Presses du temps présent.
- MAILLOCHON Florence, 2016, *La passion du mariage*, Paris, Presses universitaires de France.
- MAILLOCHON Florence, EHLINGER Virginie et GODEAU Emmanuelle, 2016, « L'âge "normal" au premier rapport sexuel », *Agora débats/jeunesses*, Hors série, n° 4, p. 37-56.
- MALINOWSKI Bronislaw, 2000, *La vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la Mélanésie*, Paris, Payot.
- MALLON Isabelle, 2014, « Une sociologue et des résident(e)s en maison de retraite. Des relations d'intimité familiale et de séduction courtoise » dans Anne Monjaret et Catherine Pugeault (dir.), *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions (coll. « Sociétés, espaces, temps »), p. 85-97.
- MAMO Laura et FOSKET Jennifer Ruth, 2009, « Scripting the Body. Pharmaceuticals and the (Re)Making of Menstruation », *Signs*, vol. 34, n° 4, p. 925-949.
- MANSEAU Hélène, BLAIS Martine, CÔTÉ Philippe-Benoît et PROVENCHER Marie-Andrée, 2011, « Comprendre les conditions de vie et les facteurs en jeu dans la prise de risques sexuels des jeunes en difficulté. Bilan de trois études qualitatives » dans Laurence Charton et Joseph Josy Lévy (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, Presses de l'Université du Québec (coll. « Santé et société »), p. 179-198.
- MARION Céline et MARION Gaëtan, 2015, *Ils ont osé les Méthodes Naturelles ! Une écologie de la sexualité pour un amour durable*, Paris, Saint-Paul.
- MARKS Lara V., 2001, *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill*, New Haven and London, Yale University Press.
- MARQUIS Nicolas, 2014, *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, Presses universitaires de France.
- MARTIN Emily, 2018 [1991], « L'ovule et le spermatozoïde. Comment la science a construit un roman d'amour basé sur des rôles féminins et masculins stéréotypés » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 149-168.
- MARTIN Olivier, 2013, « Comment objectiver des pratiques et des usages ? » dans Christine Barats (dir.), *Manuel d'analyse du web en Sciences Humaines et Sociales*, Paris, Armand Colin, p. 223-227.

- MARTIN Olivier et DAGIRAL Éric (dir.), 2016, *L'ordinaire d'internet. Le web dans nos pratiques et relations sociales*, Malakoff, Armand Colin.
- MARTUCCELLI Danilo, 2005, « Les trois voies de l'individu sociologique », *EspacesTemps.net*, 2005.
- MASCHHOFF T.A., FANSHIER W.E. et HANSEN D.J., 1976, « Vasectomy: Its Effect upon Marital Stability », *Journal of Sex Research*, vol. 12, n° 4, p. 295.
- MASTERS N. Tatiana, CASEY Erin, MORRISON Diane M. et WELLS Elizabeth A., 2013, « Sexual Scripts among Young Heterosexually Active Men and Women: Continuity and Change », *Journal of Sex Research*, vol. 50, n° 5, p. 409-420.
- MASTERS William H. et JOHNSON Virginia E., 1970, *Human sexual inadequacy*, Boston, Brown.
- MASTERS William et JOHNSON Virginia, 1967 [1966], *Les Réactions sexuelles*, Paris, Éditions Robert Laffont.
- MATHIEU Marie, 2016, *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France - Québec*, thèse de sociologie, Université du Québec à Montréal / Université Vincennes-Saint-Denis Paris 8.
- MATHIEU Marie et RUAULT Lucile, 2017, « Présentation. Une incursion collective sur un terrain éclaté. Pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 48, n° 2, p. 1-27.
- MATHIEU Marie et RUAULT Lucile, 2015, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, vol. 107, n° 3, p. 33-59.
- MATHIEU Nicole-Claude, 1991, *L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté-femmes.
- MAUDET Marion, 2017, « Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle », *Population*, vol. 72, n° 4, p. 701-728.
- MAUDET Marion, 2019, *Sécularisation, genre et sexualité. Des catholiques et des musulman-e-s en quête de sens (France, années 1970 - années 2010)*, thèse de sociologie, EHESS, Paris.
- MAUGER Gérard, 1991, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, vol. 6, n° 1, p. 125-143.
- MCINTOSH Mary, 2011, « Le rôle homosexuel », *Genre, sexualité & société*, traduit par Christophe Broqua, Hors-série n° 1.
- MCINTYRE Susan L. et HIGGINS James E., 1986, « Parity and use-effectiveness with the contraceptive sponge », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 155, n° 4, p. 796-801.
- MCLAREN Angus, 1996 [1990], *Histoire de la contraception*, Paris, Noësis.
- MCPHILLIPS Kathryn, BRAUN Virginia et GAVEY Nicola, 2001, « Defining (Hetero)Sex: How imperative is the "coital imperative"? », *Women's Studies International Forum*, vol. 24, n° 2, p. 229-240.
- MEAD Margaret, 2001 [1928 et 1935], *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Pocket.
- MÉADEL Cécile et AKRICH Madeleine, 2010, « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 29, p. 41-48.
- MEILAKHS Nastia, 2008, « Neslyshnye peregovory: vybor sposoba predokhraneniia i otnosheniia mezhdou partnerami [Négociations silencieuses : choix du moyen de contraception et relations entre partenaires] » dans Anna Temkina et Elena Zdravomyslova (dir.), *Novyi byt v sovremennoi Rossii [Un nouveau mode de vie en Russie contemporaine]*, Saint-Pétersbourg, Izdatel'stvo EUSPb, p. 356-372.
- MEMMI Sarah et DESGRÉES DU LOÛ Annabel, 2015, « Rapports de genre et pratiques contraceptives au sein des couples palestiniens », *Population*, vol. 70, n° 2, p. 295-330.
- MENDÈS-LEITE Rommel, 1995, « Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au sida », *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, n° 18, p. 93-103.

- MERCER Kobena, 2015, « Lire le fétichisme racial : les photographies de Robert Mapplethorpe » dans Florian Vörös (dir.), *Cultures pornographiques. Anthologie des porn studies*, Paris, Éditions Amsterdam, p. 111-159.
- MERCKLÉ Pierre, 2005, « Une sociologie des “irrégularités sociales” est-elle possible ? », *Idées, la revue des sciences économiques et sociales*, n° 142, p. 22-29.
- MERCKLÉ Pierre et OCTOBRE Sylvie, 2015, « Les enquêtés mentent-ils ? Incohérences de réponse et illusion biographique dans une enquête longitudinale sur les loisirs des adolescents », *Revue française de sociologie*, vol. 56, n° 3, p. 561-591.
- MICHEL Andrée, 1961, « À propos du contrôle des naissances », *Les Temps Modernes*, n° 179, p. 1201-1218.
- MICHELS David, 2017, « Faire de son couple une cause. Arrangements, désir et projet conjugal dans le recours féminin à la sexologie », *Genre, sexualité & société*, n° 18.
- MICHELS David, 2013, *Soigner sa sexualité. Expérience des difficultés sexuelles et recours à la sexologie*, thèse de sociologie, EHESS, Paris.
- MILHAUSEN Robin R., MCKAY Alexander, GRAHAM Cynthia A., SANDERS Stephanie A., CROSBY Richard A., YARBER William L. et WOOD Jessica, 2018, « Do Associations Between Pleasure Ratings and Condom Use During Penile-Vaginal Intercourse Vary by Relationship Type? A Study of Canadian University Students », *The Journal of Sex Research*, vol. 55, n° 1, p. 21-30.
- MILLS Charles Wright, 2006 [1959], *L'imagination sociologique*, Paris, Éditions La Découverte.
- MONJARET Anne et PUGEAULT Catherine (dir.), 2014, *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions (coll. « Sociétés, espaces, temps »).
- MONTOYA Angeline, 2013, *L'opposition à l'avortement légal et le discours des secteurs « pro-vie » en Argentine. Le refus de l'autonomie des femmes*, mémoire de master 2 en sociologie, EHESS, Paris.
- MORE Caroline, 2004, « Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967 », *Le Mouvement Social*, vol. 207, n° 2, p. 75.
- MOREAU Caroline, BOHET Aline, HASSOUN Danielle, RINGA Virginie, BAJOS Nathalie et FECOND GROUP, 2014, « IUD use in France: women's and physician's perspectives », *Contraception*, vol. 89, n° 1, p. 9-16.
- MORIÈRE Huguette, 1979, *Vivre avec la peur au ventre*, Paris, Pierre Horay Éditeur (coll. « Femmes en mouvement »).
- MORTAS Pauline, 2019, *L'Église catholique et la contraception naturelle : des liens ambigus*, <https://sexcurus.hypotheses.org/72>, mis en ligne le 28 juin 2019, consulté le 30 juin 2019.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, 2018, *La vie sexuelle en France. L'enquête sans tabou*, Paris, Éditions de la Martinière.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, 2005, *La vie sexuelle en France*, Paris, Seuil.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, 2002, *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-2002)*, Paris, Payot.
- MOUGET Anne-Cécile, 2016, « Sexualité récréative des hommes handicapés moteurs », *Dialogue*, vol. 212, n° 2, p. 65-78.
- MOULIN Caroline, 2005, *Féminités adolescentes. Itinéraires personnels et fabrication des identités sexuées*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- MOUREY Pascaline, 2017, *Contraception œstroprogestative et désir féminin. Revue critique de la littérature et analyse de l'enquête FECOND*, thèse de doctorat en médecine, Université Paris Descartes.
- MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, 1982, *D'une révolte à une lutte. 25 ans d'histoire du Planning Familial*, Paris, Éditions Tierce.

- MOZZICONACCI Vanina, 2017, *Le sujet du féminisme peut-il faire l'objet d'une éducation ? Essai sur les théorisations féministes de la relation et de l'institution*, thèse de philosophie, ENS de Lyon.
- MOZZICONACCI Vanina, 2015, « Lire et réécrire l'éducation sexuelle depuis le féminisme », *Revue Skhole.fr*.
- MOZZICONACCI Vanina et THOMÉ Cécile, 2020 [à paraître], « Penser la sexualité pour penser l'éducation à la sexualité. Corps, utilisation du préservatif et conceptions du consentement » dans Sébastien Fleuriet, Jean-François Goubet, Stéphan Mierzejewski et Manuel Schotté (dir.), *Ce qu'incorporer veut dire*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- MÜLLER Bertrand, 2006, « Archives orales et entretiens ethnographiques. Un débat entre Florence Descamps et Florence Weber, animé par Bertrand Müller », *Genèses*, vol. 1, n° 62, p. 93-109.
- MULLINAX Margo, SANDERS Stephanie, DENNIS Barbara, HIGGINS Jenny A., FORTENBERRY J. Dennis et REECE Michael, 2017, « How Condom Discontinuation Occurs: Interviews With Emerging Adult Women », *Journal of Sex Research*, vol. 54, n° 4-5, p. 642-650.
- MULOT Stéphanie, 2009, « Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n° 1, p. 63-89.
- NEVEU Erik, 2012, « Gérer les "coûts de la masculinité" ? Inflations mythiques, enjeux pratiques » dans Delphine Dulong, Christine Guionnet et Erik Neveu (dir.), *Boys Don't Cry! Les coûts de la domination masculine*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 111-139.
- NEWTON Esther, 1993, « My Best Informant's Dress: The Erotic Equation in Fieldwork », *Cultural Anthropology*, vol. 8, n° 1, p. 3-23.
- O'CONNELL Helen E., SANJEEVAN Kalavampara V. et HUTSON John M., 2005, « Anatomy of the clitoris », *The Journal of Urology*, vol. 174, n° 4/1, p. 1189-1195.
- OFFERLÉ Michel (dir.), 2017, *Patrons en France*, Paris, Éditions La Découverte.
- OLIVEIRA Jean-Philippe DE, 2014, « De la légitimité de l'État à communiquer sur la sexualité. Le cas des campagnes de prévention du sida entre 1987 et 2007 », *Hermès, La Revue*, n° 69, p. 155-159.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES, 2018, *World Contraceptive Use*.
- ORIS Michel, 2007, « Intimité familiale et fécondité des familles. Jalons historiques à travers une démographie sociale » dans Claudine Burton-Jeangros, Éric D. Widmer et Christian Lalive d'Épinay (dir.), *Interactions familiales et constructions de l'intimité. Hommage à Jean Kellerhalls*, Paris, L'Harmattan, p. 27-42.
- OUDSHOORN Nelly, 2003, *The male pill. A biography of a technology in the making*, Durham, Duke University Press.
- OUDSHOORN Nelly, 1999, « Contraception masculine et querelles de genre », *Cahiers du Genre*, n° 25, p. 139-166.
- OUDSHOORN Nelly, 1994, *Beyond the Natural Body: an Archaeology of Sex Hormones*, London, Routledge.
- OVIDIE et DIGLEE, 2017, *Libres ! Manifeste pour s'affranchir des diktats sexuels*, Paris, Delcourt.
- PACHE Stéphanie, 2015, *Politiser la psychologie. Histoire d'une théorie féministe de la pratique psychothérapeutique (États-Unis, 1960-2015)*, thèse d'histoire de la médecine, Université de Lausanne.
- PAGE Martin, 2019, *Au-delà de la pénétration*, Paris, Monstrograph.
- PAGÈS Jeanne, 1971, *Le contrôle des naissances en France et à l'étranger*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence.
- PAICHELER Geneviève, 2003, « Sauver la liberté sexuelle ou imposer des modèles : l'impact des associations sur la communication publique de prévention du sida » dans Geneviève Paicheler et Maria-Andrea Loyola (dir.), *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan.

- PAICHELER Geneviève, 2002, *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*, Paris, CNRS Editions.
- PAICHELER Geneviève et QUEMIN Alain, 1994, « Intégration des connaissances et logiques préventives face au risque de contamination par le VIH » dans Collectif (dir.), *Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, Paris, ANRS.
- PAILLET Anne, 2002, « Autour de la naissance : l'autorité de la médecine en question » dans Isabelle Baszanger, Martine Bungener et Anne Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, p. 189-209.
- PANESE Francesco et BARRAS Vincent, 2009, « Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique » dans Hachimi Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 33-58.
- PARISOT Jeannette, 1987, *Johnny come lately. A Short History of the Condom*, Londres, Journeyman.
- PAVARD Bibia, 2012, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Archives du féminisme »).
- PAVARD Bibia, 2009, « Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman », *Le Temps des médias*, n° 12, p. 100-113.
- PAVARD Bibia, ROCHEFORT Florence et ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 2012, *Les lois Veil. Les événements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975*, Paris, Armand Colin.
- PÉLAGE Agnès, BRACHET Sara, BRUGEILLES Carole, PAILLET Anne, ROLLET Catherine et SAMUEL Olivia, 2016, « « Alors c'est quoi, une fille ou un garçon ? » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 4, n° 214, p. 30-45.
- PENEFF Jean, 1990, *La méthode biographique. De l'École de Chicago à l'histoire orale*, Paris, Armand Colin.
- PÉNICAUD Blandine et VIDAL-NAQUET Vincent, 2014, *Les révolutions de l'amour. Sexe, couple et bouleversement des mœurs de 1914 à nos jours*, Paris, Perrin.
- PERKINS GILMAN Charlotte, 2019 [1915], *Herland*, traduit par Bernard Hoepffner, Paris, Robert Laffont.
- PETO Danièle, RÉMY Jean, CAMPENHOUDT Luc Van et HUBERT Michel, 1992, *Sida, l'amour face à la peur : Modes d'adaptation au risque du sida dans les relations hétérosexuelles*, Paris, L'Harmattan.
- PHARABOD Anne-Sylvie, NIKOLSKI Véra et GRANJON Fabien, 2013, « La mise en chiffres de soi », *Reseaux*, n° 177, n° 1, p. 97-129.
- PHILPOTT Anne, KNERR Wendy et BOYDELL Vicky, 2006, « Pleasure and Prevention: When Good Sex Is Safer Sex », *Reproductive Health Matters*, vol. 14, n° 28, p. 23-31.
- PICQ Françoise, 2011, *Libération des femmes. Quarante ans de mouvement*, Brest, Éditions Dialogues.fr (coll. « Nouvelles ouvertures »).
- PIERREPONT Catherine DE, 2011, « Une étude exploratoire de la contraception postnatale dans un forum de discussion québécois » dans Laurence Charton et Joseph Josy Lévy (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, Presses de l'Université du Québec (coll. « Santé et société »), p. 221-236.
- PINSKY Dina, 2019, « Doing gender online through flirtation. Digitally mediated romantic interactions among college students », *RESET. Recherches en sciences sociales sur Internet*, n° 8.
- PISON Gilles, 2017, « France 2016 : la natalité est en baisse », *Population & Sociétés*, n° 542.
- PLUMMER Ken, 1994, *Telling Sexual Stories: Power. Change and Social Worlds*, London ; New York, Routledge.
- POLIAK Claude, 2002, « Manières profanes de « parler de soi » », *Genèses*, vol. 47, n° 2, p. 4-20.
- POLLAK Michael, 1993, *Une identité blessée. Études de sociologie et d'histoire*, Paris, Métailié.

- POLLAK Michael, 1981, « Les vertus de la banalité », *Le débat*, vol. 3, n° 10, p. 132-143.
- PONTHIEUX Sophie et SCHREIBER Amandine, 2006, « Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale », *Données sociales*.
- PREARO Massimo, 2010, « Politiques de la libération sexuelle », *Genre, sexualité & société*, n° 3.
- PRIOUX France, 1976, « Les conceptions prénuptiales selon l'âge de la mère en France depuis 1965 », *Population*, vol. 31, n° 3, p. 593-605.
- PRIOUX-MARCHAL France, 1974, « Les conceptions prénuptiales en Europe occidentale depuis 1955 », *Population*, vol. 29, n° 1, p. 61-88.
- PRUDENCE Claude, 1964, *Des enfants quand on veut. Pour un planning familial humain*, Paris, Éditions du Levain.
- PRUVOST Geneviève, 2016, « Qui accouche qui ? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société*, n° 16.
- PUIG DE LA BELLACASA Maria, 2014, *Les savoirs situés de Sandra Harding et Donna Haraway*, Paris, L'Harmattan.
- PUIG DE LA BELLACASA Maria, 2012, *Politiques féministes et construction des savoirs: « Penser nous devons » !*, Paris, L'Harmattan.
- QUÉRÉ Lucile, 2016, « Lutttes féministes autour du consentement », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35, n° 1, p. 32-47.
- RAHIB Delphine, LE GUEN Mireille et LYDIÉ Nathalie, 2017, *Baromètre santé 2016 - Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent*, Santé publique France (coll. « Etudes et enquêtes »).
- RAHIB Delphine, LE GUEN Mireille et LYDIE Nathalie, 2017, « Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Baromètre Santé 2016*, 2017, p. 1-8.
- RAINWATER Lee, 1960, *And the Poor Get Children. Sex, Contraception and Family Planning in the Working Class*, Chicago, Quadrangle Books.
- RANDOLPH Mary E, PINKERTON Steven D, BOGART Laura M, CECIL Heather et ABRAMSON Paul R, 2007, « Sexual pleasure and condom use », *Archives Of Sexual Behavior*, vol. 36, n° 6, p. 844-848.
- REBREYEND Anne-Claire, 2010a, « Alain Corbin, L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 31, p. 307-309.
- REBREYEND Anne-Claire, 2010b, « “Suis-je normal(e) ?” L'obsession de la normalité sexuelle (France, 1965-1975) » dans Régine Beauthier, Valérie Piette et Barbara Truffin (dir.), *La modernisation de la sexualité (19^e-20^e siècles)*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, p. 153-168.
- REBREYEND Anne-Claire, 2010c, « Les “filles amoureuses” : une nouvelle catégorie des années 1950 » dans Véronique Blanchard, Jean-Jacques Yvoret et Régis Revenin (dir.), *Les jeunes et la sexualité : Initiations, interdits, identités*, Paris, Éditions Autrement, p. 300-310.
- REBREYEND Anne-Claire, 2009, « La sexualité comme langage de l'amour conjugal en France de 1944 à 1965 » dans Catherine Deschamps, Laurent Gaissad et Christelle Taraud (dir.), *Hétéros. Discours, lieux, pratiques*, Paris, EPEL, p. 123-144.
- REBREYEND Anne-Claire, 2008a, *Intimités amoureuses : France 1920-1975*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.
- REBREYEND Anne-Claire, 2008b, « La révolution de la pilule » dans Phillipe Artières et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *68. Une histoire collective [1962-1981]*, Paris, Éditions La Découverte, p. 451-455.
- REBREYEND Anne-Claire, 2008c, *Intimités amoureuses : France 1920-1975*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.

- REBREYEND Anne-Claire, 2006, *Pour une histoire de l'intime. Sexualités et sentiments amoureux en France de 1920 à 1975*, thèse d'histoire, Paris 7 - Denis Diderot.
- REBREYEND Anne-Claire, 2005, « Comment écrire l'histoire des sexualités au XX^e siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 22, p. 185-209.
- REBREYEND Anne-Claire, 2004, « Sur les traces des pratiques sexuelles des individus « ordinaires ». », *Le Mouvement Social*, vol. 207, n° 2, p. 57-74.
- REBREYEND Anne-Claire, 2003, « Sexualités vécues. France 1920-1970 », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 18, p. 209-222.
- REGAN Pamela C. et BERSCHIED Ellen, 1999, *Lust. What We Know About Human Sexual Desire*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- RÉGNIER-LOILIER Arnaud, 2007, *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, Paris, France, Institut national d'études démographiques.
- RÉGNIER-LOILIER Arnaud et LERIDON Henri, 2007, « La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? », *Population & Sociétés*, n° 439.
- REVENIN Régis, 2015, *Une histoire des garçons et des filles. Amour, genre et sexualité dans la France d'après-guerre*, Paris, Vendémiaire.
- ROCHFORDT Christiane, 1970, « Le mythe de la frigidity féminine », *Partisans*, n° 54-55, p. 120-131.
- ROGERS Anna, 2005, « Chaos to Control: Men's Magazines and the Mastering of Intimacy », *Men and Masculinities*, vol. 8, n° 2, p. 175-194.
- ROSENSTOCK Irwin M., 1974, « Historical Origins of the Health Belief Model », *Health Education & Behavior*, vol. 2, n° 4, p. 328-335.
- ROSSIER Clémentine, LERIDON Henri et L'ÉQUIPE COCON, 2004, « Pilule et préservatif, substitution ou association ? », *Population*, vol. 59, n° 3, p. 449-478.
- ROUCHE Michel, 1984, « La préparation de l'encyclique « Humanae vitae ». La commission sur la population, la famille et la natalité », *Publications de l'École Française de Rome*, vol. 72, n° 1, p. 361-384.
- ROUX Alexandra, VENTOLA Cécile et BAJOS Nathalie, 2017, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 3, p. 41-70.
- ROUX Sébastien, 2011, *No money, no honey. Économies intimes du tourisme sexuel en Thaïlande*, Paris, Éditions La Découverte.
- ROUZAUD-CORNABAS Mylène, 2019, « Alerte à la pilule » *Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre*, thèse de sociologie, Université Paris Sud.
- RUAULT Lucile, 2019, « Libération sexuelle ou « pression à soulager ces messieurs » ? Points de vue de femmes dans les années 68 en France », *Ethnologie française*, vol. 2, n° 174, p. 373-389.
- RUAULT Lucile, 2017, *Le spéculum, la canule et le miroir. Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)*, thèse de science politique, université Lille 2.
- RUAULT Lucile, 2016a, « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? », *Critique internationale*, n° 70, p. 37-54.
- RUAULT Lucile, 2016b, « Guilaine Enoc, militante du MLAC à Aix et à Lyon dans les années 1970-1980. En quête d'autonomie », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35, n° 1, p. 136-152.
- RUAULT Lucile, 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 34, n° 1, p. 35-50.
- RUBIN Gayle, 2010a [1984], « Penser le sexe. Pour une théorie radicale de la politique de la sexualité » dans *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*, Paris, EPEL, p. 135-209.

- RUBIN Gayle, 2010b [2002], « Étudier les subcultures sexuelles. Exhumer l'ethnographie des communautés gaies en milieu urbain nord-américain » dans *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*, Paris, EPEL, p. 381-444.
- RUBIN Lillian B., 1990, *Erotic Wars. What Happened to the Sexual Revolution?*, 1st edition., New York, Farrar Straus & Giroux.
- RUSTERHOLZ Caroline, 2017, « Deux enfants, c'est déjà pas mal » *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, Lausanne, Antipodes.
- RUSTERHOLZ Caroline et PRAZ Anne-Françoise, 2016, « Une transition au féminin ? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) », *Genre, sexualité & société*, n° 16.
- SADE Donatien Alphonse François DE, 1998, « La philosophie dans le boudoir » dans *Œuvres. III*, Paris, Gallimard (coll. « La Pléiade »).
- SANDERS Stephanie A., GRAHAM Cynthia A., BASS Jennifer L. et BANCROFT John, 2001, « A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation », *Contraception*, vol. 64, n° 1, p. 51-58.
- SANDERS Stephanie A., HILL Brandon J., YARBER William L., GRAHAM Cynthia A., CROSBY Richard A. et MILHAUSEN Robin R., 2010, « Misclassification bias: diversity in conceptualisations about having 'had sex' », *Sexual Health*, vol. 7, n° 1, p. 31-34.
- SANDERS Stephanie A., YARBER William L., KAUFMAN Erin L., CROSBY Richard A., GRAHAM Cynthia A. et MILHAUSEN Robin R., 2012, « Condom use errors and problems: a global view », *Sexual Health*, vol. 9, n° 1, p. 81-95.
- SANSEIGNE Francis, 2019, *Inventer une cause, (dé)faire une loi : le cas de la contraception en France. Socio-histoire de la transformation d'une relation de pouvoir (1955-1967)*, thèse de doctorat en science politique, Institut d'études politiques de Lyon.
- SANSEIGNE Francis, 2009, « Médicaliser l'action en faveur de la contraception : le Planning Familial, du scandale à la stratégie de l'objectivité », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, n° 68, p. 49-60.
- SANSEIGNE Francis, 2006, « Débattre pour un objet : la contraception. Formes du discours et figure du pouvoir », *ARABEN. Revue du GREPH*, n° 3, p. 20-35.
- SANTELLI Emmanuelle, 2018, « De la jeunesse sexuelle à la sexualité conjugale, des femmes en retrait. L'expérience de jeunes couples », *Genre, sexualité & société*, n° 20.
- SAOUTER Anne, 2014, « Le milieu rugbystique. Situation d'ajustement dans un espace homosexué » dans Anne Monjaret et Catherine Pugeault (dir.), *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions (coll. « Sociétés, espaces, temps »), p. 203-215.
- SARDON Jean-Paul, 1986, « La collecte des données sur les pratiques contraceptives : les enseignements de l'enquête INED-INSEE de 1978 », *Population*, vol. 41, n° 1, p. 73-91.
- SAUVY Alfred, 1962, *La prévention des naissances*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »).
- SCHLAGDENHAUFFEN Régis, 2014a, « Une écriture du désir bisexuel est-elle possible ? », *Langage et société*, vol. 148, n° 2, p. 53-73.
- SCHLAGDENHAUFFEN Régis, 2014b, « Parler de sexualité en entretien. Comment rendre publics des propos privés », *Hermès, La Revue*, vol. 69, n° 2, p. 34-38.
- SCHWARTZ Olivier, 2018, « Les femmes dans les classes populaires, entre permanence et rupture », *Travail, genre et sociétés*, vol. 39, n° 1, p. 121-138.
- SCHWARTZ Olivier, 2011, « La pénétration de la "culture psychologique de masse" dans un groupe populaire », *Sociologie*, vol. 2, n° 4.

- SCHWARTZ Olivier, 1990, *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et Femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France.
- SEAMAN Barbara, 1995, *The Doctor's Case Against the Pill*, Alameda, CA : Emeryville, CA, Hunter House.
- SEGAL Judy Z., 2018, « Sex, drugs, and rhetoric: The case of flibanserin for “female sexual dysfunction” », *Social Studies of Science*, vol. 48, n° 4, p. 459-482.
- SENZO M., 2014, « La communication codifiée du BDSM », *Hermès, La Revue*, vol. 69, n° 2, p. 59-61.
- SERNA Élodie, 2018, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe dans l'entre-deux guerres*, thèse d'histoire moderne et contemporaine, Université Lille 3 et Université de Genève.
- SEVEGRAND Martine, 2017, « Les médecins catholiques français et la procréation (1920-1974) » dans Cécile Vanderpelen-Diagre et Caroline Sägesser (dir.), *La Sainte Famille. Sexualité, filiation et parentalité dans l'Église catholique*, Bruxelles, Édition de l'Université de Bruxelles (coll. « Problèmes d'histoire des religions »), p. 125-131.
- SEVEGRAND Martine, 1995, *Les enfants du bon Dieu. Les catholiques français et la procréation au XX^e siècle*, Paris, Editions Albin Michel.
- SEVERY Lawrence J. et SPIELER Jeffrey, 2000, « New Methods of Family Planning. Implications for Intimate Behavior », *Journal of Sex Research*, vol. 37, n° 3, p. 258-265.
- SIMON Pierre, GONDONNEAU Jean, MIRONER Lucien et DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, 1972a, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, Paris, Julliard Charron.
- SIMON Pierre, GONDONNEAU Jean, MIRONER Lucien et DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, 1972b, *Rapport sur le comportement sexuel des Français (édition abrégée)*, Paris, Julliard Charron.
- SINGLY François DE, 1993, « Les habits neufs de la domination masculine », *Esprit*, n° 196 (11), p. 54-64.
- SINGLY François DE et MARTUCCELLI Danilo, 2009, *Les sociologies de l'individu*, Paris, Armand Colin (coll. « 128 »).
- SKEGGS Beverley, 2015 [1997], *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, traduit par Marie-Pierre Pouly, Marseille, Agone (coll. « L'ordre des choses »).
- SOHN Anne-Marie, 2001, *Âge tendre et têtes de bois. Histoire des jeunes des années 1960*, Paris, Hachette Littératures (coll. « La vie quotidienne »).
- SOHN Anne-Marie, 2000, « Les individus-femmes entre négation du moi et narcissisme. Les auditrices de Menie Grégoire (1967-1968) » dans Geneviève Dreyfus-Armand, Robert Frank, Marie-Françoise Lévy et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Les Années 68. Le temps de la contestation*, Bruxelles, Éditions Complexe, p. 179-197.
- SOHN Anne-Marie, 1998, *Du premier baiser à l'alcôve : La sexualité des Français au quotidien (1850-1950)*, Paris, Éditions Aubier.
- SOHN Anne-Marie, 1996, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Publications de la Sorbonne.
- SONTAG Susan, 2009 [1988], « Le sida et ses métaphores » dans *Œuvres complètes III*, Paris, Christian Bourgeois éditeur (coll. « Titres »), p. 115-232.
- SOUFIR Jean-Claude et MIEUSSET Roger (dir.), 2013, *La contraception masculine*, Paris, Springer-Verlag.
- SPENCER Brenda, 2013, « La contraception pour les hommes, une cause perdue ? » dans Jean-Claude Soufir et Roger Mieusset (dir.), *La contraception masculine*, Paris, Springer-Verlag.

- SPENCER Brenda, 1999, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n° 1, p. 29-33.
- SPENCER Brenda, 1997, « Où sont passées les relations hommes-femmes dans la prévention du sida ? », *Journal des anthropologues*, vol. 68, n° 1, p. 67-75.
- SPENCER Brenda, 1993, « Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention », *Population*, vol. 48, n° 5, p. 1411-1436.
- SPIRA Alfred, 1999, « Contraception et protection contre les MST : peut-il exister une solution unique ? » dans Etienne-Emile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon (dir.), *Contraception: contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob (coll. « Travaux du Collège de France »), p. 257-277.
- SPIRA Alfred, BAJOS Nathalie et LE GROUPE ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française.
- STEINBERG Sylvie, BARD Christine, BOEHRINGER Sandra, HOUBRE Gabrielle et LETT Didier, 2018, *Une histoire des sexualités*, Paris, Presses universitaires de France.
- STULHOFER Aleksandar, BUSKO Vesna et BROUILLARD Pamela, 2010, « Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale », *Journal of Sex Research*, vol. 47, n° 4, p. 257-268.
- SZRETER Simon et FISHER Kate, 2010, *Sex Before the Sexual Revolution. Intimate Life in England 1918-1963*, Cambridge, UK ; New York, Cambridge University Press.
- TABET Paola, 2014, « Echange économique-sexuel et continuum » dans Christophe Broqua et Catherine Deschamps (dir.), *L'échange économique-sexuel*, Paris, Éditions de l'EHESS (coll. « Cas de figure »), p. 19-59.
- TABET Paola, 2004, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, Paris, L'Harmattan.
- TABET Paola, 1985, « Fertilité naturelle, reproduction forcée » dans Nicole-Claude Mathieu (dir.), *L'Arraînement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, p. 61-146.
- TAIN Laurence, 2015, « Techniques de reproduction et "révolutions contraceptives" : mises en scène de genre » dans Luc Capdevila, Martine Cocaud, Dominique Godineau, Sophie Cassagnes, François Rouquet et Jacqueline Sainclivier (dir.), *Le genre face aux mutations. Masculin et féminin, du Moyen Âge à nos jours*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Histoire »), p. 383-393.
- TAKESHITA Chikako, 2015, « Biopolitique du stérilet. Stratégies au Sud », *Travail, genre et sociétés*, n° 34, n° 2, p. 109-127.
- TANFER K. et ARAL S. O., 1996, « Sexual intercourse during menstruation and self-reported sexually transmitted disease history among women », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 23, n° 5, p. 395-401.
- TAYLOR Yvette, 2011, « Sexualities and class », *Sexualities*, vol. 14, n° 1, p. 3-11.
- TERRY Gareth et BRAUN Virginia, 2011, « 'It's kind of me taking responsibility for these things': Men, vasectomy and 'contraceptive economies' », *Feminism & Psychology*, vol. 21, n° 4, p. 477-495.
- TEXIER Geneviève, 1967, « Les attitudes des Français à l'égard du contrôle des naissances (Analyse sociologique d'un référendum organisé par un journal parisien) », *L'évolution psychiatrique*, 1967, n° 3, p. 715-747.
- THÉBAUD Françoise, 1991, « La peur au ventre » dans *Amour et sexualité en Occident*, Paris, Seuil, p. 285-297.
- THIAUDIÈRE Claude, 2002, *Sociologie du sida*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Repères »).
- THIÉBAUT Élise, 2017, *Ceci est mon sang. Petite histoire des règles, de celles qui les ont et de ceux qui les font*, Paris, Éditions La Découverte.

- THOMÉ Cécile, 2020 [à paraître], « Faire parler les silences. Mener et analyser un entretien biographique sur la sexualité », *Les sciences sociales face au foisonnement biographique : Produire, recueillir et analyser les discours sur soi*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- THOMÉ Cécile, 2016, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », *Sociétés contemporaines*, vol. 4, n° 104, p. 67-94.
- THOMÉ Cécile et ROUZAUD-CORNABAS Mylène, 2017, « Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 48, n° 2, p. 117-137.
- TIN Louis-Georges, 2008, *L'invention de la culture hétérosexuelle*, Paris, Éditions Autrement.
- TONE Andrea, 2001, *Devices and Desires. A History of Contraceptives in America*, New York, Hill & Wang.
- TOPPING A A, MILHAUSEN R R, GRAHAM C A, SANDERS S A, YARBER W L et CROSBY R A, 2011, « A comparison of condom use errors and problems for heterosexual anal and vaginal intercourse », *International Journal Of STD & AIDS*, vol. 22, n° 4, p. 204-208.
- TOULEMON Laurent et LERIDON Henri, 1995, « La diffusion des préservatifs : contraception et prévention », *Population & Sociétés*, n° 301.
- TOULEMON Laurent et LERIDON Henri, 1991, « Vingt années de contraception en France: 1968-1988 », *Population (French Edition)*, vol. 46, n° 4, p. 777-811.
- TRACHMAN Mathieu, 2018a, « Sexualité et sociabilité masculine. Désir et pratiques de genre dans un club de fessée », *Sociologie*, vol. 9, n° 4, p. 381-398.
- TRACHMAN Mathieu, 2018b, « L'ordinaire de la violence. Un cas d'atteinte sexuelle sur mineure en milieu artistique », *Travail, genre et sociétés*, n° 40, p. 131-150.
- TRACHMAN Mathieu, 2016, « Désir(s) » dans Juliette Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux*, Paris, Éditions La Découverte, p. 213-221.
- TRACHMAN Mathieu, 2013a, *Le travail pornographique. Enquête sur la production de fantasmes*, Paris, Éditions La Découverte.
- TRACHMAN Mathieu, 2013b, « Une « planque pour mater des culs » ? », *Terrains & travaux*, n° 23, p. 197-215.
- TRACHMAN Mathieu, 2009, « La banalité de l'échange. Entretien avec Paola Tabet », *Genre, sexualité & société*, n° 2.
- TRACHMAN Mathieu et BÉRARD Jean, 2018, « Le temps des fessées », *L'Homme & la Société*, vol. 208, n° 3, p. 169-196.
- TRACHMAN Mathieu, GELLY Maud et GIRARD Gabriel, 2018, « Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux », *Population*, vol. 73, n° 4, p. 787-807.
- TRUSSELL James, 2011, « Contraceptive failure in the United States », *Contraception*, vol. 83, n° 5, p. 397-404.
- TRUSSELL James, 2009, « Understanding contraceptive failure », *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 23, n° 2, p. 199-209.
- TRUSSELL James et PORTMAN David, 2013, « The creeping Pearl: Why has the rate of contraceptive failure increased in clinical trials of combined hormonal contraceptive pills? », *Contraception*, vol. 88, n° 5, p. 604-610.
- VALABRÈGUE Catherine, 1966, *Contrôle des naissances et planning familial*, Paris, Éditions de la Table Ronde.

- VAN CAMPENHOUDT Luc, 2004, « Théorisations sociologiques de la norme et de la transgression dans les relations sexuelles » dans Jacques Marquet (dir.), *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- VAN DE VELDE Cécile, 2015, *Sociologie des âges de la vie*, Paris, Armand Colin (coll. « 128 »).
- VANDELAC Louise, 2004 [1981], « Contraception autoroute pour sexualité bolide » dans Micheline Dumont et Louise Toupin (dir.), *La Pensée féministe au Québec. Anthologie (1900-1985)*, Montréal, Remue-Ménage, p. 515-522.
- VENTOLA Cécile, 2017, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, thèse de santé publique - sociologie, université Paris-Sud.
- VENTOLA Cécile, 2016, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, n° 60, p. 101-122.
- VENTOLA Cécile, 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société*, n° 12.
- VERGÈS Françoise, 2017, *Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*, Paris, Albin Michel.
- VERSCHUUR Christine, GUÉRIN Isabelle et GUETAT-BERNARD Hélène (dir.), 2015, *Sous le développement, le genre*, Marseille, IRD Éditions.
- VIALLE Manon, 2014, « L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, n° 21, p. 1-23.
- VIDAL Marco, 2015, *Fist*, Paris, Éditions La Découverte.
- VIDAL Vincent, 2011, *Osez... le préservatif*, Paris, La Musardine.
- VILLANI Michela, MILETI Francesca Poglià, MELLINI Laura, SULSTAROVA Brikela et SINGY Pascal, 2014, « Les émotions au travail (scientifique) : enjeux éthiques et stratégies méthodologiques d'une enquête en terrain intime », *Genre, sexualité & société*, n° 12.
- VIRGILI Fabrice, 2011, « Viol (Histoire du) » dans Michela Marzano (dir.), *Dictionnaire de la violence*, Paris, Presses universitaires de France, p. 1423-1429.
- VOLDMAN Danièle et WIEVIORKA Annette, 2019, *Tristes Grossesses. L'affaire des époux Bac (1953-1956)*, Paris, Le Seuil.
- VÖRÖS Florian, 2015, *Les usages sociaux de la pornographie en ligne et les constructions de la masculinité : une sociologie matérialiste de la réception des médias*, thèse de sociologie, EHESS, Paris.
- VÖRÖS Florian, 2012, « Les ados et le porno : analyse d'une controverse », *La santé de l'homme*, n° 418.
- VUILLE Marilène, 2018, « De nouvelles sciences pour de nouveaux problèmes ? La biomédicalisation de la sexualité féminine depuis les années 1980 » dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Le Bord de l'Eau (coll. « Objets d'histoire »), p. 89-106.
- VUILLE Marilène, 2014, « Le désir sexuel des femmes, du DSM à la nouvelle médecine sexuelle », *Genre, sexualité & société*, n° 12.
- WALLE Etienne VAN DE, 2005, « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? », *Population & Sociétés*, n° 418.
- WARSAWSKI Josiane, 1997, « Comportements sexuels à risque de transmission du VIH ou d'autres germes pathogènes » dans Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond (dir.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, Éditions La Découverte, p. 257-280.

- WARSZAWSKI Josiane et GOULET Véronique, 2008, « Infections sexuellement transmissibles : des conditions inégales d'accès au dépistage » dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte, p. 461-484.
- WATKINS Elizabeth Siegel, 2016, « Reconceiving the Pill: From revolutionary therapeutic to lifestyle drug » dans Jeremy A. Greene, Flurin Condrau et Elizabeth Siegel Watkins (dir.), *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*, Chicago, University of Chicago Press, p. 43-63.
- WATKINS Elizabeth Siegel, 2012, « How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960 », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 8, p. 1462-1472.
- WEBER Florence, 1995, « L'ethnographie armée par les statistiques », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n° 1, p. 153-165.
- WEEKS Jeffrey, 1981, *Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality Since 1800*, London ; New York, Longman.
- WEGNER Rhiana, LEWIS Melissa A., DAVIS Kelly Cue, NEILSON Elizabeth C. et NORRIS Jeanette, 2018, « Tactics Young Women Use to Resist Condom Use When a Partner Wants to Use a Condom », *The Journal of Sex Research*, vol. 55, n° 7, p. 817-823.
- WEST Candace et ZIMMERMAN Don H., 2009, « Faire le genre », *Nouvelles Questions Feministes*, traduit par Fabienne Malbois, vol. 28, n° 3, p. 34-61.
- WETTSTEIN Harri et BOURGEOIS Christine, 2016, *La Symptothermie complète. La contraception – ou conception – écologique pour tous !*, Lully, Fondation SymptoTherm.
- WIDMER Éric D. et AMMAR Nadia, 2013, « Désir sexuel et styles d'interactions conjugales », *Sexologies*, vol. 22, n° 4, p. 150-158.
- WILLIAMSON Margaret, 2000, « 'Getting Off at Loftus': Sex and the Working-Class Woman, 1920-1960 », *Family & Community History*, vol. 3, n° 1, p. 5-17.
- WITTIG Monique, 1969, *Les Guérillères*, Paris, Éditions de Minuit.
- ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 2008, *Le moment 68. Une histoire contestée*, Paris, Seuil.
- ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 2004, « Notre corps, nous-mêmes » dans Eliane Gubin, Catherine Jacques, Florence Rochefort, Brigitte Studer, Françoise Thébaud et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Le siècle des féminismes*, Paris, Les éditions de l'Atelier, p. 195-208.
- ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 2003, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 18, p. 241-252.
- ZANCARINI-FOURNEL Michelle, « Mémoires et histoire des femmes. Histoire d'un évitement des sources orales à l'avènement du Je », non publié (communication personnelle).
- ZOLA Émile, 2002, *Nana* dans *Les Rougon-Macquart*, Paris, Robert Laffont (coll. « Bouquins »), vol. 3.

Annexes

1 Annexe A. Description et classification des méthodes contraceptives

En vert, les méthodes impliquant en premier lieu le corps de la femme.

En bleu, celles reposant sur le fonctionnement du corps de l'homme.

Nom	Modalités d'utilisation	Début de l'utilisation en France
Méthodes médicales (indépendantes de l'acte sexuel)		
Pilule contraceptive (progestative ou œstroprogestative ; quatre générations différentes selon la composition)	Comprimé prescrit sur ordonnance médicale, à prendre à heure fixe, soit 21 jours par mois suivis de 7 jours d'arrêt, soit en continu.	Inventée en 1956. Légalisée par la loi Neuwirth (1967). 2 ^{ème} génération dans les années 1970/1980. 3 ^{ème} génération dans les années 1990. 4 ^{ème} génération dans les années 2000.
DIU (dispositif intra-utérin) ou « stérilet » hormonal (« Mirena »)	Pose dans l'utérus par un-e soignant-e, pour une durée de trois à cinq ans.	Autorisation de mise sur le marché en 1995.
Implant contraceptif	Pose dans le bras par un-e soignant-e, pour une durée de trois ans.	Commercialisation à partir de 2001.
Patch contraceptif	Patch sur ordonnance, à coller sur la peau pour une semaine, trois semaines d'affilée avant une semaine d'arrêt.	Commercialisation à partir de 2004.
Anneau contraceptif	Sur ordonnance, à insérer soi-même au fond du vagin pour une durée de trois semaines, avant une semaine d'arrêt.	Commercialisation à partir de 2004.
Injections contraceptives	Piqûre intramusculaire à faire faire tous les trois mois.	Autorisation de mise sur le marché en 1982.
DIU (dispositif intra-utérin) ou « stérilet » au cuivre	Pose dans l'utérus par un-e soignant-e, pour une durée de trois à cinq ans.	Inventé en 1928. Légalisé par la loi Neuwirth (1967).
Stérilisation féminine	Ligature ou ablation d'une partie des trompes, sous anesthésie générale.	Autorisée par la loi en 2001.
Vasectomie	Ligature ou section des canaux déférents transportant les spermatozoïdes.	Autorisée par la loi en 2001.
Méthode hormonale masculine	Par injections hebdomadaires visant à augmenter le taux de testostérone pour diminuer la spermatogenèse.	Mise au point dans les années 1970. Prescrite par de très rares médecins (un à cinq) en France.

<p>Méthode thermique masculine (« slip chauffant »)</p>	<p>Sous-vêtement maintenant les testicules à l'intérieur du corps, afin que la chaleur empêche la spermatogenèse. À porter au moins 15 heures par jour.</p>	<p>Mise au point dans les années 1970. Le suivi est assuré par de très rares médecins (un à cinq) en France.</p>
<p>Méthodes barrières (utilisées pendant l'acte sexuel)</p>		
<p>Préservatif masculin (étui mince et souple en latex ou polyuréthane)</p>	<p>À enfiler sur le pénis en érection avant le rapport. Usage unique.</p>	<p>Difficile à dater. A existé dans différents matériaux.</p>
<p>Préservatif féminin (gaine souple en polyuréthane)</p>	<p>À mettre dans le vagin, plusieurs heures avant ou juste avant le rapport. Usage unique.</p>	<p>Inventé en 1985. Commercialisé à partir de 1999.</p>
<p>Spermicides</p>	<p>Sous forme de gel ou d'ovule, à insérer dans le vagin avant le rapport. Usage unique de chaque dose.</p>	<p>Difficile à dater. Différents produits ont été successivement utilisés.</p>
<p>Diaphragme (coupelle souple en silicone ou en latex)</p>	<p>Sur ordonnance mais sans suivi médical. À mettre dans le vagin jusqu'à deux heures avant le rapport, à garder 6 à 8 heures ensuite (jusqu'à 24 heures). À utiliser avec des spermicides. Utilisable 2 à 10 ans.</p>	<p>Mis au point à la fin du XIX^e siècle. Utilisé en France à partir des années 1960.</p>
<p>Cape cervicale (petit dôme en silicone ou en latex)</p>	<p>Sur ordonnance mais sans suivi médical. À mettre dans le vagin jusqu'à deux heures avant le rapport, à garder 6 à 8 heures ensuite (jusqu'à 72 heures). À utiliser avec des spermicides. Utilisable 2 ans.</p>	<p>Mis au point à la fin du XIX^e siècle. Commercialisée en 1998.</p>
<p>Éponge vaginale</p>	<p>À insérer dans le vagin au moins 15 minutes avant le rapport, et à garder au moins 6 heures après (et jusqu'à 30 heures). À utiliser en association avec des spermicides.</p>	<p>Difficile à dater. Utilisées en association avec différents produits.</p>

Méthodes alternatives (qui jouent sur le script sexuel)		
Retrait	Retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation.	Difficile à dater.
Douche vaginale	Rincer au jet d'eau son vagin juste après l'éjaculation, pour en retirer le sperme.	Difficile à dater.
Méthode Ogino (ou « Ogino-Knaus »)	Compter les jours à partir du premier jour des règles pour éviter d'avoir des rapports autour de la période d'ovulation (jour 14 du cycle).	Mise au point en 1928 par le gynécologue autrichien Herman Knaus après la découverte faite en 1924 par le gynécologue japonais Kyusaku Ogino que l'ovulation a lieu au 14 ^{ème} jour du cycle. Autorisée par l'Église en 1951.
Méthode des températures	Faire une courbe thermique en prenant sa température précise à heure fixe le matin, après au moins trois à cinq heures (selon les sources) de sommeil, afin de déceler le changement de température indiquant l'ovulation et éviter les rapports sexuels à ce moment-là.	Mise au point au milieu des années 1950.
Méthode Billings	Observe la glaire cervicale afin de déterminer le moment de l'ovulation à partir de sa consistance et éviter les rapports sexuels à ce moment-là.	Mise au point dans les années 1960-1970 en Australie par un couple de médecins, John et Evelyn Billings.
Méthode symptothermique	Combinaison de la méthode des températures et de la méthode Billings, éventuellement en y ajoutant également la palpation du col de l'utérus, qui change de consistance selon le moment du cycle.	Mise au point vers 1965 par le médecin Autrichien Josef Rötzer avant d'être développée en particulier par des associations catholiques.
Moniteurs de contraception	Moniteur qui indique la période de fécondité à partir de l'analyse quotidienne (pendant une partie du cycle) de l'urine (« Persona », moniteur de contraception Clearblue) ou de la température (« Lady-Comp »).	« Persona » : commercialisé à partir de 1997. Moniteur de contraception Clearblue : commercialisé de 2012 à 2016 (mais un « moniteur de fertilité avancé » est toujours vendu par la marque). « Lady-Comp » : mis au point au début des années 1990.

2 Annexe B. Liste des archives et du corpus historique

2.1 Cartons d'archives consultés

2.1.1 Bibliothèque Marguerite Durand

Cartons regroupant des coupures de presse regroupés thématiquement par les documentalistes.
Journaux représentés : *Le Monde*, *Le Figaro*, *Libération*, *La Croix*, *Elle*, *Marie-Claire*, *Cosmopolitan*, *Le Quotidien du Médecin*, et divers autres publications de manière plus ponctuelle.

2.1.1.1 *Dossiers « Contrôle des naissances / contraception »*

- Dossier « Contrôle des naissances 1903-1960 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1965-1967 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1968-1971 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1971-1973 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1974 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1976 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1978 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1979 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1980 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1981 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1982-1985 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1986-1995 »
- Dossier « Contrôle des naissances 1994-1999 »
- Dossier « Contraception 2000-2001 »
- Dossier « Contraception – 2002 »

2.1.1.2 *Dossiers « Sida »*

- Dossier SIDA « Sida → 1994 »
- SIDA – Généralités (jusqu'en 1989)
- SIDA – Généralités (État des recherches) (point de vue) 1990-1992
- SIDA – France 1990-1991
- SIDA – France 1992
- SIDA – Généralités (État des recherches) (point de vue) 1993-1994
- Dossier SIDA Journée mondiale et 1995-1996
- Sida fr 1995 +
- Sida + 1996 +
- SIDA (1996-1999)
- Sida – 1997 –
- Sida – 1998 – 1999
- Sida – 2000

2.1.1.3 *Dossier « Sexualité »*

- Sexualité – France 1969 - 1974

2.1.2 Bibliothèque de l'histoire de la médecine (Bibliothèque Interuniversitaire de santé)

2.1.2.1 *Fonds Dalsace-Vellay*

Le fonds comprend les dossiers professionnels des docteurs Dalsace et Vellay : notes de travail et textes préparatoires de publications, dossiers de congrès et séminaires, correspondances, témoignages de patientes, coupures de presse, etc.

- **Dalsace 11** : Birth Control : 1928-1969 (2 boîtes)
- **Dalsace 9** : Sexologie / Éducation sexuelle : 1936-1970 (1 boîte)
- **Dalsace 11** : Mouvement Français de Planning Familial (MFPPF) : 1956-1973 (5 boîtes)
- **Vellay 5** : Contraception (1968-1977) (2 boîtes)

2.2 **Corpus imprimé**

2.2.1 Témoignages

BARBEY Mary Anna et ALLAMAN Lucie, *Femmes, corps et âmes. Témoignages*, Genève, Éditions Zoé, 1997.

COLLECTIF, *Le féminisme et ses enjeux. Vingt-sept femmes parlent*, Paris, Centre fédéral FEN - Edilig, 1988.

DESCHAMPS Fanny, *Ils parlent d'elles*, Paris, Éditions Bernard Grasset, 1968.

DROIT Roger-Pol et GALLIEN Antoine, *La réalité sexuelle. Des femmes et des hommes disent les difficultés quotidiennes de leur vie sexuelle*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1974.

FRÉMONTIER Jacques, *La vie en bleu. Voyage en culture ouvrière*, Paris, Fayard, 1980.

GAUTHIER Xavière, *Naissance d'une liberté*, Paris, Éditions Robert Laffont, 2002.

LAMBERT Pierre et LAMBERT Marguerite (dir.), *3000 foyers parlent. Une enquête de Clair Foyer sur la régulation des naissances*, Paris, C.M.R. Édition-librairie et Les Éditions ouvrières, 1966.

MORIÈRE Huguette, *Vivre avec la peur au ventre*, Paris, Pierre Horay Éditeur, 1979.

2.2.2 À propos de la sexualité dans les débats sur la contraception (années 1950-1970)

AUCLAIR Marcelle, *Le livre noir de l'avortement*, Paris, Fayard, 1962.

B H., « Prudence Claude — Pour un planning familial humain. Des enfants quand on en veut », *Population*, 1965, vol. 20, n° 1, p. 135-135.

BARRAU André et PERRIN Antoine, *La vérité sur la contraception*, Paris, Flammarion, 1966.

BERNHEIM Cathy, KANDEL Liliane, PICQ Françoise et RINGART Nadja (dir.), *Mouvement de Libération des Femmes. Textes premiers*, Paris, Stock, 2009.

BRUNETON Ariane (ed.), *Sacrées bonnes femmes ! Les 20 premières années du Planning familial à Pau (1964-1984)*, Bizanos, Association Mémoire Collective en Béarn, 2005.

CHANSON Paul, *L'accord charnel (ouvrage réservé aux époux)*, Paris, Institut de sexologie familiale, 1952.

CHAUCHARD Paul, *Contre la pilule et le planning familial*, Nancy, Berger Levrault (coll. « Pour ou contre »), 1967.

CHAUCHARD Paul, *Amour et contraception. Pour une sexualité responsable*, Paris, Maison Mame, 1965.

- CHAUCHARD Paul, *La dignité sexuelle et la folie contraceptive*, Paris, Éditions du Levain, 1966.
- COLLECTIF, *Oui nous avortons ! Bulletin du Groupe Information Santé*, Paris, Éditions Gît-le-Coeur, 1973.
- COLLECTIF, *Le livre de l'oppression des femmes*, Paris, Pierre Belfond, 1972.
- COLLECTIF, « Contraception, sexualité, réformisme, avortement, gratuité », supplément au *Torchon brûlé*, n° 5, 1972.
- CORVAL Pierre, *Contraception et sexualité. Le couple devant un nouvel avenir*, Paris, Éditions du Centurion (coll. « Sciences humaines »), 1968.
- DEROGY Jacques, *Des enfants malgré nous*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1956.
- KÉPÈS Suzanne, « Contraception, plaisir et désir », *Planning Familial*, juin 1972, n° 18, p. 8-12.
- KOEDT Anne, « Le mythe de l'orgasme vaginal », *Partisans*, 1970, n° 54-55, p. 54-60.
- KOHEN Anne, « Une lutte des femmes à propos de la maternité : réflexion et mise en pratique », *Partisans*, 1970, n° 54-55, p. 99-108.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *Pour la pilule et le planning familial*, Nancy, Berger Levrault (coll. « Pour ou contre »), 1967.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La contraception et les Français. Étude sur 7600 couples (1956-1966)*, Paris, Maloine, 1967.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Guy de Monceau, 1966.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin*, Paris, Julliard, 1960.
- MAILLARD Claude, *Sexe contrôle. Petite anthologie de la contraception*, Paris, Presses du temps présent, 1970.
- MICHEL Andrée, « À propos du contrôle des naissances », *Les Temps Modernes*, 1961, n° 179, p. 1201-1218.
- PRUDENCE Claude, *Des enfants quand on veut. Pour un planning familial humain*, Paris, Éditions du Levain, 1964.
- SAUVY Alfred, *La prévention des naissances*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »), 1962.
- TEXIER Geneviève, « Les attitudes des Français à l'égard du contrôle des naissances (Analyse sociologique d'un référendum organisé par un journal parisien) », *L'évolution psychiatrique*, 1967, n° 3, p. 715-747.
- VALABRÈGUE Catherine, *Contrôle des naissances et planning familial*, Paris, Éditions de la Table Ronde, 1966.

2.2.3 À propos de la sexualité après la diffusion de la contraception (années 1970-1980)

- BELLO Pierrette, DOLTO Catherine et SCHIFFMAN Aline, *Contraception, grossesse, IVG. Guide pratique*, Paris, Éditions du Seuil, 1983.
- CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIAL DE L'HÔPITAL DU KREMLIN-BICÊTRE, « Quand elles parlent de leurs désirs, de leurs refus », *Autrement*, n° 30, p. 56-62.
- CHATAIN Dominique, *Danger pilule. Pour une contraception diversifiée*, Copernic, 1980.
- COLLECTIF DE BOSTON POUR LA SANTÉ DES FEMMES, *Notre corps, nous-mêmes*, Paris, Éditions Albin Michel, 1977 [1970].

- COSNARD Henri-Daniel, « Divorce - La contraception, cause de divorce ? », *Études et dossiers (Institut d'études judiciaires de Rennes)*, 1975, vol. 4, n° 1, p. 43-47.
- DAROLLE Raymond, *La contraception, c'est aussi l'affaire des hommes*, Paris, Presses de la Cité, 1974.
- D.D.A.S.S. (DÉPARTEMENT DU RHÔNE), *Milieu social et contraception. 5ème journée de réflexion et de coordination des centres de planification et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial*, 1982.
- GAUTHIER Xavière, *Dire nos sexualités. Contre la sexologie*, Paris, Éditions Galilée, 1976.
- HITE Shere, *Le nouveau rapport Hite. L'enquête la plus révolutionnaire jamais menée sur la sexualité féminine*, Paris, J'ai lu (coll. « Bien-être »), 2000 [1976].
- IFF Simone, *Demain la société sexualisée. Le combat du Mouvement français pour le Planning familial*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.
- LACEY Louise, *Lunaception. Du corps, des femmes, de la contraception*, Montreal, Éditions L'Étincelle, 1976 [1972].
- MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, *D'une révolte à une lutte. 25 ans d'histoire du Planning Familial*, Paris, Éditions Tierce, 1982.
- MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, *Apprenons à faire l'amour ?*, Paris, François Maspero, 1978.
- PLATE-FORME FAMILLES, *Familles et Sexualité. Interrogation chrétienne*, 1980.
- Questions féministes (1977-1980)*, Paris, Éditions Syllepse, 2012.

3 Annexe C. Tableaux récapitulatifs des caractéristiques des enquêté-e-s

*Les astérisques désignent les femmes ayant déjà avorté ou les hommes dont une partenaire a avorté.

3.1 Tableau C1. Enquêtées âgées de plus de 70 ans

Prénom et âge	Titre du portrait	Méthodes de contraception utilisées	Nombre de partenaires (estimation)	Profession	Mode de recrutement
Paulette 84 ans	« Faisait attention » en reculant quand son mari « s'agitait »	Retrait (ablation de l'utérus à 26 ans)	1 homme	Tisseuse puis cuisinière à la retraite	Psychologue de l'EHPAD
Thérèse* 83 ans	La pilule comme soulagement et la sexualité politique	Retrait, diaphragme, pilule, stérilet, préservatif masculin	Au moins 5 hommes et 3 femmes	Enseignante-chercheuse à la retraite	Boule de neige
Simone 79 ans	Préservatifs oubliés et libération austère	Retrait, préservatif masculin, diaphragme, pilule	Au moins 7 hommes	Chercheuse à la retraite	Boule de neige
Nicole 72 ans	La difficulté de se remémorer sa vie sexuelle	Préservatif masculin, retrait, pilule, stérilet	Au moins 8 hommes et 2 femmes	Professeure en lycée professionnel à la retraite	Boule de neige
Monique* 71 ans	Ne pas « gâcher » les boîtes de pilules	Retrait, pilule, stérilet au cuivre, préservatif masculin	Au moins 7 hommes	Enseignante-chercheuse à la retraite	Boule de neige
Brigitte* 71 ans	« Toujours d'accord pour coucher »	Retrait, Speton (spermicide), diaphragme, pilule, stérilet, préservatif masculin	Au moins 8 hommes	Enseignante-chercheuse à la retraite	Boule de neige
Odile* 71 ans	De l'évidence du préservatif à la vasectomie en évitant la pilule	Préservatif masculin, pilule, spermicide, vasectomie de son mari	2 hommes	Psychologue à la retraite	Doctissimo

3.2 Tableau C2. Enquêtés âgés de 50 à 69 ans

Prénom et âge	Titre du portrait	Méthodes de contraception utilisées ¹	Nombre de partenaires (estimation)	Profession	Mode de recrutement
Philippe 64 ans	Ne jamais utiliser de préservatif mais bien choisir ses partenaires	Retrait températures pilule stérilet	Au moins 15 femmes	Ancien journaliste, écrivain	Twitter
Evelyne 62 ans	Du « conditionnement » à la pilule au surgissement du « fameux virus »	Préservatif masculin, pilule, stérilet	15 à 18 hommes	Formatrice (bénévole dans une association)	Contact d'une amie
Gilbert 61 ans	Maîtriser sa fécondité mais se laisser « manipuler »	Retrait, préservatif masculin, pilule, stérilet, méthode hormonale masculine	Au moins 15 femmes	Cadre en collectivité territoriale	Site internet de la méthode
Charles 60 ans	« Le mec très chiant » qui utilisait des préservatifs	Préservatif masculin, pilule	8 à 10 femmes	Photographe puis routier à la retraite	Twitter
Anne 60 ans	De la sexualité « libre » d'hier à la sexualité « triste » d'aujourd'hui	Pilule stérilet	Environ 8 hommes	Chargée de mission bientôt retraitée, doctorante	Contact d'une amie
Christophe* 56 ans	De « l'époque bénie » à la vasectomie en passant par la « vieille capote »	Comptage des jours, pilule, diaphragme, préservatif masculin et féminin, stérilet Mirena, vasectomie	Au moins 10 femmes	Médecin généraliste	Twitter
Danièle 56 ans	Une vie sexuelle et contraceptive sereine	Pilule, stérilet, retrait	Environ 6 hommes	Assistante de direction (au chômage)	Son gynécologue
Jean-Marc 53 ans	Utiliser un préservatif avec ses partenaires par « fidélité » envers sa femme	Pilule stérilet préservatif masculin	9 femmes	Informaticien	Twitter
Véronique 53 ans	Pallier la « déresponsabilité masculine » et assumer ses « besoins sexuels »	Pilule, stérilet (Mirena), éponge, préservatif masculin	Au moins 15 hommes	Avocate en reconversion professionnelle	Twitter
Marie-Bénédicte 53 ans	Vivre les « complémentarités homme-femme autour de la fécondité »	Méthode Billings	1 homme	Mère au foyer (ancienne infirmière)	Site internet de la méthode

¹ En gras, la méthode utilisée actuellement. Si aucune méthode n'est indiquée en gras, c'est qu'aucune méthode contraceptive n'est (plus) utilisée.

3.3 Tableau C3. Enquêtées âgées de 20 à 49 ans (moins les utilisatrices de méthodes d'auto-observation)

Prénom et âge	Titre du portrait	Méthodes de contraception utilisées ²	Nombre de partenaires (estimation)	Profession	Mode de recrutement
Isabelle 49 ans	Arrêter ses règles pour voir son amant	Préservatif masculin, retrait, pilule, stérilet au cuivre, stérilet hormonal	Environ 8 hommes	Psychologue	Boule de neige
Béatrice 45 ans	De la pilule « normale » à la ligature des trompes	Préservatif masculin, pilule, retrait, stérilisation	Environ 4 hommes	Aide-soignante	Son gynécologue
Sandrine 41 ans	Traumatisme des gynécologues et préservatif « quand ça va arriver »	Préservatif masculin , pilule, stérilet	Environ 6 hommes	Cheffe de service en établissement social	Twitter
Alicia 37 ans	Gérer la contraception et apprendre à faire l'amour	Préservatif masculin, préservatif féminin, pilule	Environ 10 hommes	Documentaliste	Doctissimo
Juliette 36 ans	À la recherche de sa libido disparue	Préservatif masculin, préservatif féminin, pilule	4 hommes 1 femme	Éducatrice spécialisée	CIDAG
Mélanie 35 ans	« Génération préservatif » et pilule comme « prix de la liberté »	Préservatif masculin et pilule	5 hommes 1 femme	Éducatrice spécialisée	CIDAG
Joséphine 32 ans	Le retrait pour « se libérer » des médecins	Préservatif masculin, retrait, pilule	Au moins 10 hommes Au moins 2 femmes	Chargée de projet dans le milieu du spectacle	Twitter
Carine 31 ans	De la libido endormie au préservatif comme solution « la moins pire »	Préservatif masculin , pilule, stérilet au cuivre, patch, anneau, comptage des jours, retrait	1 homme	Juriste	Twitter
Delphine 29 ans	Se forcer à faire l'amour à cause du diaphragme	Préservatif masculin, pilule, diaphragme, méthode MAMA, stérilet au cuivre	1 homme	Professeure en lycée	Doctissimo
Clémence 28 ans	De la douleur au « plaisir sans contraintes »	Préservatif masculin , pilule, stérilet au cuivre, retrait	Au moins 15 hommes	Chargée de projet	CIDAG

² En gras, la méthode utilisée actuellement. Si aucune méthode n'est indiquée en gras, c'est qu'aucune méthode contraceptive n'est utilisée.

Solène 27 ans	Du stérilet à la stérilisation, se libérer du coït vaginal	Préservatif masculin, pilule, stérilet au cuivre, stérilisation	Au moins 8 hommes Au moins 2 femmes	Doctorante	Boule de neige
Jeanne 26 ans	« Organiser ses pratiques » autour du retrait et du préservatif	Préservatif masculin , pilule, anneau vaginal, comptage des jours , retrait	Beaucoup d'hommes (en « couple libre »)	Journaliste scientifique	Twitter
Camille* 26 ans	Oublier le préservatif, chercher l'orgasme et retrouver sa libido	Préservatif masculin , pilule, retrait, comptage des jours, stérilet hormonal, implant	Au moins 10 hommes	Monitrice-éducatrice	Boule de neige
Flora 26 ans	L'échangisme responsable	Préservatif masculin, préservatif féminin, pilule, stérilet au cuivre, retrait (enceinte)	5 relations avec des hommes Beaucoup d'hommes et de femmes	Aide-soignante	Doctissimo
Maeva* 26 ans	La testeuse de contraceptifs	Préservatif masculin, pilule , retrait, spermicides, implant, patch	Au moins 7 hommes	Mère au foyer	Doctissimo
Kirsten 25 ans	Orgasme politique et préparation à la pénétration	Préservatif masculin, pilule, retrait, implant	3 hommes	Étudiante	Planning familial
Charlotte 25 ans	La parole impossible	Préservatif masculin, pilule	2 hommes	Free-lance dans le cinéma	Twitter
Kelly 24 ans	Contre l'injonction contraceptive et les hormones en général	Préservatif masculin, pilule, anneau, retrait, comptage des jours, injections contraceptives (cherche à tomber enceinte)	Au moins 5 hommes	Aide-soignante	Doctissimo
Tanja 23 ans	La « bonne élève » résignée	Préservatif masculin, pilule , implant	2 hommes	Étudiante	Twitter
Pauline 23 ans	La « bonne élève » déçue	Préservatif masculin , pilule	4 hommes	Étudiante	Boule de neige
Lucile 23 ans	Le choix des « bons petits Français »	Préservatif masculin et féminin, retrait, pilule, implant	17 hommes	Étudiante	CIDAG
Laura Li 23 ans	Le préservatif pour les partenaires sérieux	Préservatif masculin, pilule	5 hommes	Étudiante	Twitter
Nolwenn 22 ans	« En harmonie » avec le préservatif	Préservatif masculin , pilule	8	Étudiante	CIDAG

3.4 Tableau C4. Enquêtés âgés de 20 à 49 ans (moins les utilisateurs de méthodes d'auto-observation)

Prénom et âge	Titre du portrait	Méthodes de contraception utilisées ³	Nombre de partenaires (estimation)	Profession	Mode de recrutement
Fabrice 48 ans	Rapports « discrets » avec sa femme, « bestiaux » avec les prostituées	Préservatif masculin, pilule, stérilet	9	Agriculteur et ingénieur agronome	Doctissimo
Patrick 47 ans	« Faire jouir » sa femme et ses autres partenaires	Préservatif masculin, pilule, stérilet hormonal	10 à 15	Responsable ressources humaines	CIDAG
Laurent 40 ans	Évitement du préservatif et « goût de l'autrement »	Préservatif masculin, pilule	« Beaucoup »	Auteur	Doctissimo
Sébastien 38 ans	Préservatif « mal foutu » et tests de dépistage	Préservatif masculin, pilule, stérilet , implant, retrait	5 à 8	Ingénieur en reconversion pour être masseur	CIDAG
Olivier 35 ans	Ne pas proposer le préservatif pour ne pas avoir l'air « lourd »	Préservatif masculin, pilule	7	Professeur en classes préparatoires	CIDAG
Rémi 35 ans	Rejet du préservatif et rappels à l'ordre	Préservatif masculin, pilule, retrait	Environ 10	Travaille « dans la musique », en reconversion vers l'animation	CIDAG
Colin* 34 ans	Le préservatif seulement lorsque « la fille l'oblige fortement »	Préservatif masculin, pilule, retrait, comptage des jours	Environ 14	Coach et enseignant	CIDAG
Fabien 33 ans	Consommation, partage ou relation selon le sexe des partenaires	Préservatif masculin, préservatif féminin	Quelques femmes, beaucoup de couples, énormément d'hommes	Créateur de sites internet	Doctissimo
Matthieu* 33 ans	Performances et préservatif (sauf avec les vierges)	Préservatif masculin, pilule, retrait	Environ 15	Éducateur spécialisé	CIDAG
Thomas 32 ans	Le préservatif pour être « plus endurant » avec ses partenaires	Préservatif masculin, pilule, stérilet	18	Journaliste au chômage	CIDAG

³ En gras, la méthode utilisée actuellement. Si aucune méthode n'est indiquée en gras, c'est qu'aucune méthode contraceptive n'est utilisée.

Domenico 30 ans	Le retrait « spontané et naturel »	Pilule, préservatif masculin, retrait , comptage des jours	6	Employé dans une AMAP ⁴	CIDAG
Jacob 26 ans	Éviter le préservatif pour ne pas couper l'élan	Préservatif masculin , pilule, retrait	5 à 7	Doctorant	Boule de neige
Nicolas 26 ans	La sexualité pour dévoiler les pans cachés de sa personnalité	Préservatif masculin, pilule , retrait	11	Ingénieur	CIDAG
Fadi 26 ans	Le préservatif juste au début pour éviter la douleur et la honte	Préservatif masculin, pilule , retrait, stérilet	5 à 10	Informaticien	CIDAG
Guillaume 23 ans	Le préservatif sur demande	Préservatif masculin, pilule , retrait, implant	12	Étudiant	CIDAG
Julien 23 ans	Le questionnement de l'homme irresponsable	Préservatif masculin et féminin, pilule, retrait, comptage des jours, stérilet ⁵	6 à 10	Ingénieur	CIDAG
Sylvain 22 ans	Se retirer pour rester « connectés »	Préservatif masculin, pilule, retrait	5 à 10	Étudiant	CIDAG
Martin 21 ans	Le préservatif à la dernière minute	Préservatif masculin, pilule	2	Étudiant	Boule de neige
Anthony 21 ans	La peur de la contamination homosexuelle	Préservatif masculin, pilule	Femmes : 5 Hommes : beaucoup	Étudiant	CIDAG
Romain 20 ans	La découverte de la sexualité	Préservatif masculin, pilule	1	Étudiant	Twitter

⁴ Association pour le maintien d'une agriculture paysanne.

⁵ Dans les cas où il n'est pas précisé si le stérilet est hormonal ou au cuivre, c'est que l'enquêté ne le savait pas.

3.5 Tableau C5. Enquêtés âgés de 20 à 49 ans utilisant les méthodes d'auto-observation

Prénom et âge	Titre du portrait	Méthodes de contraception utilisées ⁶	Nombre de partenaires (estimation)	Profession	Mode de recrutement
Marie-Bénédicte⁷ 53 ans	Vivre les « complémentarités homme-femme autour de la fécondité »	Méthode Billings	1	Mère au foyer (ancienne infirmière)	Site internet de la méthode Billings
Félicie* 48 ans	Connaître son cycle pour « s'émanciper intimement »	Préservatif masculin, pilule, stérilet au cuivre, symptothermie	Inconnu	Naturopathe et conseillère Symptothermie	Site internet de la Symptothermie
Sabine et Gaëtan 41 ans	La méthode Billings, « un cadeau qu'on se fait mutuellement »	Méthode Billings	1	Mère au foyer et ingénieur	Site internet de la méthode Billings
Marjorie 40 ans	Compter les jours et gérer le « caoutchouc »	Préservatif masculin, retrait, comptage des jours, spermicides, sexualité non pénétrative	7	Au chômage (petits boulots)	Twitter
Marielle 35 ans	Des méthodes naturelles « idéologiques » au préservatif « méthodique »	Préservatif masculin, pilule, implant, méthode Persona, retrait	2 ou 3	Médecin généraliste	Twitter
Caroline 35 ans	« Hyper-sexy » en période infertile	Préservatif masculin, pilule, retrait, stérilet hormonal, stérilet au cuivre, comptage des jours, méthode Persona, moniteur Lady Comp (cherche à tomber enceinte)	7	Designer	Doctissimo
Antoine 34 ans	Découvrir « tout un tas de champs » de la sexualité hors de la pénétration	Préservatif masculin, préservatif féminin, stérilet, pilule, calcul du cycle, symptothermie, sexualité non pénétrative	Environ 10	Ingénieur	Facebook

⁶ En gras, la méthode utilisée actuellement. Si aucune méthode n'est indiquée en gras, c'est qu'aucune méthode contraceptive n'est utilisée.

⁷ Marie-Bénédicte fait partie des enquêtés les plus âgés et est présentée dans le tableau C2, mais il me semblait important de la resituer ici au sein des autres utilisateurs/trices de méthodes d'auto-observation.

Geoffrey 33 ans	Promouvoir la Symptothermie pour « redonner le pouvoir aux femmes »	Préservatif masculin , pilule, anneau vaginal, comptage des jours, retrait, symptothermie	1	Sage-femme	Facebook
Aline 30 ans	Contraception « physiologique » et sexualité à « phases »	Préservatif masculin, préservatif féminin , pilule, retrait, Symptothermie	Environ 6	Chargée de gestion de projets (en reconversion dans le conseil conjugal)	Facebook
Eugénie 28 ans	Se préparer pour faire l'amour spontanément (après le mariage)	Méthode symptothermique (avec le CLER)	1	Ingénieure	Twitter
Julie 24 ans	Être « maître de son corps » même s'il ne « répond » toujours pas	Préservatif masculin , pilule, stérilet hormonal, calcul des cycles, retrait, moniteur Clearblue, symptothermie, sexualité non pénétrative	Environ 5	Secrétaire médicale	Facebook
Émeline* 23 ans	Retrouver sa féminité et sa créativité en arrêtant la pilule	Préservatif masculin , pilule, stérilet hormonal, diaphragme, symptothermie	Environ 40	Auxiliaire de vie	Facebook

4 Annexe D. Recrutement des enquêté·e·s (sélection)

4.1 Annexe D1. Recrutement dans les CIDAG⁸

Ce document a été déposé dans des Centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits (CIDAG) de Lyon à plusieurs reprises en 2014 et 2015, sous forme d'affiches et de flyers à emporter. Selon les versions, la limite d'âge minimum pouvait être à 20 ans (pour le premier) ou 25 ans (pour le dernier). En avril 2017, un document similaire mais centré sur « le préservatif » et non sur « la contraception » a été déposé, afin d'obtenir plus de participations masculines.

Recherche volontaires pour entretiens de sociologie sur la contraception

Je suis étudiante en thèse de sociologie, et je réalise une recherche sur l'utilisation de la contraception, la manière dont elle est choisie, les effets qu'elle a sur le corps et sur les rapports de couple. Je cherche donc à faire des entretiens avec des hommes et des femmes ayant plus de 20 ans et qui utilisent ou ont utilisé des méthodes pour éviter d'avoir des enfants (méthodes médicales comme la pilule ou le stérilet, mais aussi le préservatif ou ce que l'on appelle les « méthodes naturelles »).

L'enquête se déroule sous la forme d'entretiens individuels anonymes : ceux-ci portent sur les relations de couple, les avis sur les différents moyens de contraception, etc.
L'entretien peut avoir lieu où vous le désirez (chez vous ou ailleurs).

Si vous vous demandez comment les chercheurs arrivent à leurs résultats, à quoi sert exactement la sociologie et pourquoi elle s'intéresse à la vie intime des gens, si vous voulez partager votre expérience, ou que votre opinion soit prise en compte, et si vous êtes :

- Un homme ou une femme de plus de 20 ans
- Utilisant ou ayant déjà utilisé un moyen de contraception (préservatif, pilule, stérilet, etc...)
- Prêt à donner un peu de votre temps pour m'apporter votre témoignage dans le cadre d'un entretien

Alors n'hésitez pas : contactez-moi !

Si vous connaissez des personnes susceptibles de correspondre à ces critères, n'hésitez pas à leur en parler et à leur laisser mes coordonnées.
N'hésitez pas non plus à me contacter si vous avez simplement des questions.

Merci d'avance !

Cécile Thomé

⁸ Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit.

4.2 Annexe D2. Exemple de recrutement en ligne

J'ai posté de nombreux message sur les forums en ligne. Ci-dessous, un exemple de message posté sur différents forums du site Doctissimo le 3 septembre 2015. Message posté sur les forums :

- Santé → Contraception
- Santé → Appel à témoins, émissions TV
- Sexualité → Troubles sexuels féminins
- Sexualité → Désir-plaisir

Bonjour !

Je suis en thèse de sociologie entre Lyon et Paris et je travaille sur les effets (positifs ou négatifs) de la contraception sur la vie sexuelle des hommes et des femmes. Par contraception j'entends aussi bien le préservatif que la pilule, l'implant, le patch, le stérilet ou même le retrait ou le fait de compter les jours.

Du coup je cherche des témoignages d'hommes et de femmes de plus de 20 ans, qui accepteraient d'évoquer cette question lors d'un entretien strictement anonyme (dans la région lyonnaise, parisienne, ou même ailleurs). Si vous voulez participer, ou si vous voulez plus d'infos, n'hésitez pas à m'envoyer un mail : thome.cecile@gmail.com

Merci beaucoup !!

4.3 Annexe D3. Recrutement de « couples moniteurs » des méthodes d'auto-observation

J'ai envoyé ce message par email le 27 octobre 2015 à quatre couples-moniteurs de la méthode Billings ainsi qu'à des couples moniteurs du CLER.

Chère Madame, cher Monsieur,

Je suis actuellement en thèse de sociologie, et je travaille sur la manière dont la contraception joue sur l'intimité du couple (sur les relations entre époux et sur la sexualité en particulier). Dans ce cadre, je m'intéresse particulièrement aux méthodes naturelles, qui ne nécessitent pas la prise d'hormones ou l'utilisation d'un dispositif médical : en effet, les dernières enquêtes statistiques montrent une augmentation du recours à celles-ci, et j'aimerais comprendre les motivations des individus qui se décident pour celles-ci.

C'est pour cela que je vous contacte aujourd'hui : j'ai vu sur le site du Centre Billings France que vous étiez couple moniteur pour la méthode Billings dans la région lyonnaise, où je réside moi aussi, et j'aurais voulu savoir s'il vous serait possible de me recevoir pour un entretien permettant d'en savoir plus sur cette méthode, la manière dont vous l'avez choisie et les avantages que vous lui trouvez.

Je me tiens bien entendu à votre disposition si vous désirez d'autres informations sur mon travail.

En vous remerciant de votre aide précieuse,

Bien cordialement,

Cécile Thomé

4.4 Annexe D4. Recrutement via Twitter

J'ai utilisé Twitter à plusieurs reprises pour recruter des enquêté-e-s, comme ici le 2 février 2017.

 **Cécile**
@CecileThome

Je cherche des pers. nées avt 1965, ayant vécu l'arrivée du sida pdt leur vie sexuelle et OK pour entretien anonyme. + en MP, RT appréciés 😊

RETWEETS 143 JAIME 7

10:28 - 2 févr. 2017

↩ 10 ↻ 143 ❤ 7 📊

 Répondre à @CecileThome

5 Annexe E. Tableaux issus du traitement de données des enquêtes Fecond 2010 et Fecond 2013

5.1 Tableau E1. Effet déclaré de la méthode contraceptive sur le désir d'avoir des rapports sexuels (en %)

Méthode contraceptive principale	Femmes				Hommes			
	Plutôt positif	Plutôt négatif	Pas d'effet	Total	Plutôt positif	Plutôt négatif	Pas d'effet	Total
Pilule	11	9	80	100	25	3	72	100
DIU	15	4	81	100	17	4	79	100
Autres méthodes hormonales	17	5	78	100	29	4	67	100
Stérilisation	11	5	84	100	32	2	66	100
Préservatif	15	14	71	100	18	20	62	100
Abstinence périodique	19	5	75	100	43	3	54	100
Retrait	31	10	60	100	38	8	54	100
Ensemble	15	8	77	100	23	9	68	100

Champ : hommes et femmes utilisant une contraception de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2013, Inserm/Ined.

p < 0,001

5.2 Tableau E2. Effet déclaré du mode contraceptif sur le plaisir au moment des rapports sexuels (en %)

Méthode contraceptive principale	Femmes				Hommes			
	Plutôt positifs	Plutôt négatifs	Pas d'effet	Total	Plutôt positifs	Plutôt négatifs	Pas d'effet	Total
Pilule	16	3	81	100	-	-	-	-
DIU	18	3	79	100	-	-	-	-
Injection, patch, anneau	12	10	78	100	-	-	-	-
Implant	18	8	74	100	-	-	-	-
Stérilisation	37	1	62	100	27	6	67	100
Préservatif seul	19	21	60	100	31	28	41	100
Méthodes naturelles	33	17	50	100	30	30	40	100
Ensemble	18	6	76	100	-	-	-	-

Champ : hommes et femmes de 15 à 49 ans utilisant une contraception.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,001 pour les femmes, **p** = 0,09 pour les hommes

5.3 Tableau E3. Difficultés d'érection déclarées au cours des 12 derniers mois par classes d'âge (en %)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	Ensemble
Jamais/rarement	95,8	95,5	95,4	94,3	87,2	92,4
Parfois/souvent	4,2	4,5	4,6	5,7	12,8	7,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : hommes de 15 à 49 ans.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,001

5.4 Tableau E4. Satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle déclarée par les femmes en fonction de la fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois

	Fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois			
	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Très ou assez satisfaite de sa vie sexuelle actuelle	68 %	90 %	94 %	95 %
Pas du tout ou peu satisfaite de sa vie sexuelle actuelle	32 %	10 %	6 %	5 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Effectifs	238	1121	795	2043

Champ : femmes de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,001

5.5 Tableau E5. Satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle déclarée par les hommes en fonction de la fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois

	Fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois			
	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Très ou assez satisfait de sa vie sexuelle actuelle	85 %	80 %	91 %	93 %
Pas du tout ou peu satisfait de sa vie sexuelle actuelle	15 %	20 %	9 %	7 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Effectifs	40	182	284	2206

Champ : hommes de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois.

Source : enquête Fecond 2010, Inserm/Ined.

p < 0,001

6 Annexe F. Récit du dernier rapport sexuel de Guillaume⁹

On était en train de regarder une émission sur les rongeurs à la télé, je sais pas pourquoi bref, et puis on était allongés sur le canapé chez sa grand-mère, qui est à Quimper, euh... Donc elle... Elle était... côté ventre côté dos, et moi j'étais comme ça quoi (*il mime la position de la cuillère*). Vous voyez ? Et alors avec elle, avec Claire, c'est toujours elle qui décide hein ! Parce que moi j'ai toujours envie, mais... si elle veut pas elle veut pas, point. Donc c'est toujours elle qui décide. Et... Bah je la caressais un peu, et tout et tout, puis je vois qu'elle était plus ou moins réceptive, du coup on a commencé à se caresser un peu mutuellement, mais elle voulait quand même regarder la fin de l'émission. Jamais elle aurait commencé un truc... pendant cette émission-là, jamais elle aurait commencé un truc pendant. Puis moi j'en avais marre, je disais « Putain mais quand arrive la fin, et tout ! » Et puis là à un moment on savait qu'on allait le faire juste après, euh... Et puis ouais j'ai commencé à bien m'exciter, on s'excitait un peu et tout, puis je dis « Ouais, ça te dit que je te fasse un cunni là ? » Parce que du coup c'est un peu une fierté personnelle aussi ça, j'avais réussi à la faire venir de manière vaginale, puis du coup moi je m'étais dit « Hop, faut que je la fasse venir avec un cunni quoi », du coup je dis « Ouais vas-y, je te fais un cunni, tout ça ! » elle me fait « Ok ». Et... remarquez non, je l'avais fait venir aussi avec un cunni le matin, mais moi j'aime tellement ça que du coup j'lui dis « Ah vas-y je te fais un cunni je vais le refaire ». J'en ai fait un dans le canapé, en bas. Et du coup elle a trop kiffé, c'était énorme. Alors elle se contractait, j'ai jamais vu ça, elle se contractait... Et ce qui est marrant c'est que du coup avec elle, pendant que je faisais le cunni genre elle prenait, vraiment elle prenait trop son pied quoi, genre elle se contractait et elle... enfin elle s'éloignait de moi, enfin pas pour s'éloigner mais tellement elle était... Et puis du coup après on est montés dans la chambre, elle a été dire à sa grand-mère « Ouais... » Parce qu'en fait on devait attendre en bas pour le lave-vaisselle, bon bref, « Ouais on va regarder la fin d'un film, je redescendrai en bas ». On remonte, on se déshabille, je mets directement un préservatif... Non, elle me fait une fellation ! Super bien d'ailleurs ! Et genre je dis « Bon allez, on va faire... Vas-y j'ai envie de toi », et tout et tout. On le fait... Et... On se met en cuillère... Parce que elle aimait bien la cuillère. Et genre je lui demande à un moment où on était en train de le faire, c'est trop bien et tout, je lui demande « Alors, t'es venue ? Mais t'es venue pendant le rapport ? », elle m'a dit « Ah non je peux pas, avec le cunni que j'ai eu là non je pense pas que j'y arriverai », et puis bah du coup ça m'a un peu gêné en fait. Parce que du coup j'avais l'impression qu'elle faisait l'amour pour moi. Mais pas du tout en fait. Même de pas avoir d'orgasme pour elle, même de le faire comme ça ça lui plaît... beaucoup. Et puis du coup bah... Moi je mets pas mal de temps à venir, et puis du coup bah voilà, moi je l'ai fait. Et y'avait un petit temps, je dirais cinq-dix minutes, je l'ai fait vraiment pour venir. Et ça j'aime pas. Et je l'ai fait quand même. Parce que je pense que ça l'aurait frustrée si j'étais pas venu aussi. Ouais voilà, ça doit être ça. Et toujours après elle me pose une petite question, en mode « Hé, le préservatif il a pas cassé ? » Parce qu'elle est un peu stressée. Voilà. Puis elle aime pas que ça traîne hein, genre des fois on le pose et on fait un nœud, non ! Poubelle direct hein.

⁹ Étudiant, 23 ans, en couple (sa compagne prend la pilule et ils utilisent des préservatifs).

Table des annexes

1	ANNEXE A. DESCRIPTION ET CLASSIFICATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	569
2	ANNEXE B. LISTE DES ARCHIVES ET DU CORPUS HISTORIQUE	572
2.1	Cartons d'archives consultés	572
2.1.1	<i>Bibliothèque Marguerite Durand</i>	572
2.1.1.1	Dossiers « Contrôle des naissances / contraception »	572
2.1.1.2	Dossiers « Sida »	572
2.1.1.3	Dossier « Sexualité »	572
2.1.2	<i>Bibliothèque de l'histoire de la médecine (Bibliothèque Interuniversitaire de santé)</i>	573
2.1.2.1	Fonds Dalsace-Vellay	573
2.2	Corpus imprimé	573
2.2.1	<i>Témoignages</i>	573
2.2.2	<i>À propos de la sexualité dans les débats sur la contraception (années 1950-1970)</i>	573
2.2.3	<i>À propos de la sexualité après la diffusion de la contraception (années 1970-1980)</i>	574
3	ANNEXE C. TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTÉ·E·S	576
3.1	Tableau C1. Enquêtées âgées de plus de 70 ans	576
3.2	Tableau C2. Enquêté·e·s âgé·e·s de 50 à 69 ans	577
3.3	Tableau C3. Enquêtées âgées de 20 à 49 ans (moins les utilisatrices de méthodes d'auto-observation)	578
3.4	Tableau C4. Enquêtés âgés de 20 à 49 ans (moins les utilisateurs de méthodes d'auto-observation)	580
3.5	Tableau C5. Enquêté·e·s âgé·e·s de 20 à 49 ans utilisant les méthodes d'auto-observation	582
4	ANNEXE D. RECRUTEMENT DES ENQUÊTÉ·E·S (SÉLECTION)	584
4.1	Annexe D1. Recrutement dans les CIDAG	584
4.2	Annexe D2. Exemple de recrutement en ligne	585
4.3	Annexe D3. Recrutement de « couples moniteurs » des méthodes d'auto-observation	586
4.4	Annexe D4. Recrutement via Twitter	587
5	ANNEXE E. TABLEAUX ISSUS DU TRAITEMENT DE DONNÉES DES ENQUÊTES FECOND 2010 ET FECOND 2013	588
5.1	Tableau E1. Effet déclaré de la méthode contraceptive sur le désir d'avoir des rapports sexuels (en %)	588
5.2	Tableau E2. Effet déclaré du mode contraceptif sur le plaisir au moment des rapports sexuels (en %)	588
5.3	Tableau E3. Difficultés d'érection déclarées au cours des 12 derniers mois par classes d'âge (en %)	589
5.4	Tableau E4. Satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle déclarée par les femmes en fonction de la fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois	589
5.5	Tableau E5. Satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle déclarée par les hommes en fonction de la fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois	589
6	ANNEXE F. RÉCIT DU DERNIER RAPPORT SEXUEL DE GUILLAUME	590

Tables des figures, graphiques et tableaux

Table des figures

Figure 1. Modèle conceptuel de l'acceptabilité sexuelle de la contraception _____	59
Figure 2. Publicité pour les préservatifs Durex, 1977 _____	250
Figure 3. Extrait du « Tableau comparatif des moyens de contraception » _____	280
Figure 4. Extrait du magazine Cospopolitan _____	353
Figure 5. Question D12 du questionnaire Fecond 2013 _____	378
Figure 6. Question Gh17 du questionnaire Fecond 2010 _____	378
Figure 7. Exemple de suivi de cycle via la méthode Billings _____	388
Figure 8. Exemple de « cyclogramme » de la méthode Symptothermie _____	388
Figure 9. Exemple de calendrier du moniteur de contraception Clearblue _____	390
Figure 10. « Roue de la fertilité » d'une utilisatrice de la symptothermie _____	407
Figure 11. Extrait de la page d'accueil du site internet de la méthode Billings _____	416

Table des graphiques

Graphique 1. Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel par sexe et par génération (l'année des 18 ans) _____	163
Graphique 2. Âges moyens au mariage et au premier mariage _____	164
Graphique 3. Usages contraceptifs dans différents pays du monde (vers 2010) _____	276
Graphique 4. Méthodes de contraception utilisées en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge _____	277
Graphique 5. Utilisation de la contraception des hommes (par groupes d'âge) en France en 2010 _____	294

Table des tableaux

Tableau 1. Récapitulatif des 71 entretiens menés _____	31
Tableau 2. Récapitulatif des enquêtes utilisées _____	32
Tableau 3. Caractéristiques des enquêtes quantitatives sur la contraception en France (sélection) __	48
Tableau 4. Enquêtées âgées de plus de 70 ans _____	85
Tableau 5. Enquêté·e·s âgé·e·s de 50 à 69 ans _____	87
Tableau 6. Enquêtées âgées de 20 à 49 ans (moins les utilisatrices de MAO) _____	88
Tableau 7. Enquêtés âgés de 20 à 49 ans (moins les utilisateurs de MAO) _____	89
Tableau 8. Enquêté·e·s âgé·e·s de 20 à 49 ans utilisant les MAO _____	91
Tableau 9. Connaissance des moyens contraceptifs par les femmes de 20-49 ans en fonction du niveau d'étude (en %) _____	166
Tableau 10. Modalités du choix des méthodes de contraception selon la PCS des femmes (en %) _____	286
Tableau 11. Opinion des femmes concernant le fait que la pilule est contraignante (en %) _____	292
Tableau 12. Opinion sur la participation des hommes au choix de la contraception au sein du couple en fonction du sexe (en %) _____	297
Tableau 13. Opinion sur la participation des hommes au choix contraceptif au sein du couple en fonction du niveau de diplôme (en %) _____	301
Tableau 14. Effets déclarés par les femmes de leur méthode de contraception sur leur santé (en %) _____	309
Tableau 15. Accord avec l'affirmation « la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie » en fonction du sexe et de l'âge (en %) _____	313
Tableau 16. Effets de la méthode contraceptive utilisée sur le désir d'avoir des rapports sexuels pour les femmes (en %) _____	315
Tableau 17. Prévalence d'une sélection de méthodes contraceptives (en %) _____	325
Tableau 18. Méthode contraceptive utilisée en fonction de la situation conjugale (en %) _____	334
Tableau 19. Fréquence des difficultés à atteindre l'orgasme dans les 12 derniers mois (en %) ____	432
Tableau 20. Extraits d'entretiens mentionnant l'absence de réciprocité dans l'acte sexuel _____	433
Tableau 21. Réponse à l'affirmation : « J'abandonnerai la pénétration dans mes rapports sexuels avec de nouveaux partenaires » (en %) _____	453
Tableau 22. Modalités d'atteinte de l'orgasme des femmes (en %) _____	467
Tableau 23. Réponses à la question « Un rapport sexuel sans pénétration peut être frustrant pour un homme/une femme » _____	468
Tableau 24. Effets de la contraception sur le désir pour les femmes utilisant des méthodes hormonales (en %) _____	496

Table des matières

RÉSUMÉ	3
ABSTRACT	5
REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE	11
REMARQUES PRÉLIMINAIRES	13
Note sur l'écriture inclusive	13
Note sur les traductions	13
Liste des abréviations	13
<u>INTRODUCTION GÉNÉRALE.</u>	
<u>(RE)PENSER LA SEXUALITÉ ET LA CONTRACEPTION</u>	15
1 LA SEXUALITÉ CONTRACEPTÉE COMME « DEVINETTE »	17
2 « PENSER LA SEXUALITÉ POUR PENSER LE GENRE » ?	19
2.1 Décrypter une sexualité scriptée	19
2.2 La sexualité, reflet et foyer du genre	21
3 « LA CONTRACEPTION », UN OBJET À PRÉCISER	23
3.1 Les catégorisations des méthodes contraceptives	23
3.2 Une médicalisation qui déssexualise	26
3.3 Les réflexivités contraceptives, de la crainte à l'autocontrainte ?	28
4 ENQUÊTER SUR DES PRATIQUES INOBSERVABLES	30
5 ORGANISATION DE LA THÈSE	32
<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	
<u>À LA RECHERCHE DE LA BANALITÉ (HÉTÉRO)SEXUELLE</u>	35
INTRODUCTION	37
CHAPITRE 1. ENQUÊTER SUR LA SEXUALITÉ CONTRACEPTÉE	39
1 CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ, DES OBJETS POUR L'HISTOIRE CONTEMPORAINE ?	39
2 LES RECHERCHES SUR LA CONTRACEPTION : MÉDICALISATION ET DÉSEXUALISATION	44
2.1 Les enquêtes internationales : entre fécondité et VIH, quelle place pour la sexualité ?	45
2.2 La prise en compte grandissante de la sexualité dans les enquêtes quantitatives françaises	48
2.3 La sexualité dans les recherches qualitatives : de la marge à la norme	51
2.4 Comprendre la sexualité dans une perspective prescriptive : les « <i>health sciences</i> »	56
3 L'OCCULTATION DE LA CONTRACEPTION DANS LES RECHERCHES SUR LA SEXUALITÉ	60
3.1 La place de la contraception dans les grandes enquêtes quantitatives sur la sexualité	61
3.2 Les recherches qualitatives sur la sexualité : une occultation de la contraception ?	64
4 IMAGINER UNE ENQUÊTE SUR LA SEXUALITÉ HÉTÉROSEXUELLE ORDINAIRE	66
4.1 Une histoire lacunaire : les sources écrites	67
4.2 Utiliser les enquêtes sociologiques quantitatives	71
4.3 Peut-on mener une ethnographie en ligne de la sexualité ordinaire ?	72
4.4 « Sources orales » et entretiens sur la sexualité	74
4.5 De l'entretien au portrait sociologique	76
5 CONCLUSION	78
CHAPITRE 2. FAIRE PARLER DE LA SEXUALITÉ CONTRACEPTÉE	81
1 AVEC QUI PARLER DE SEXUALITÉ CONTRACEPTÉE ?	81
1.1 Côté sociologue : recruter des enquêté·e·s	82
1.1.1 Les plus âgé·e·s : un recrutement basé sur la génération	82
1.1.2 Les plus jeunes : représenter la diversité contraceptive	87

1.2	Côté enquêté-e-s : participer à un entretien sociologique	93
1.2.1	Des conditions de possibilité spécifiques ? Anonymat, sexualité et mise en danger	93
1.2.2	Pourquoi accepter de participer à un entretien sociologique	95
1.2.2.1	Témoigner	96
1.2.2.2	Rendre service	97
1.2.2.3	Parler de sa sexualité	99
1.2.2.4	Revendiquer des pratiques « alternatives »	101
2	MENER LES ENTRETIENS : LE GENRE DE L'ENQUÊTE	104
2.1	La relation d'enquête : entre genre, sexualité et sexualisation	104
2.1.1	La position située de l'enquêtrice : caractéristiques perçues, inférées, invisibles	105
2.1.2	Avantages et limites d'être une femme (dans la relation d'enquête)	108
2.1.2.1	Avec les femmes : la construction d'une complicité ?	108
2.1.2.2	Avec les hommes : sexualisation et « blouse blanche »	110
2.2	Faire émerger la sexualité dans l'entretien	113
2.2.1	Qu'est-ce qu'un entretien sociologique sur la sexualité ?	114
2.2.2	Normes de genre et récits des pratiques sexuelles	118
2.2.2.1	Les mots pour les dire	120
2.2.2.2	Préserver la masculinité : comment « garder la face » en parlant de sexualité	123
2.3	Du récit initial au récit secondaire, des pratiques aux normes	125
3	CONCLUSION	128
	CONCLUSION	131
	<u>DEUXIÈME PARTIE</u>	
	<u>GENÈSE DE LA SEXUALITÉ CONTRACEPTÉE</u>	133
	INTRODUCTION	135
	CHAPITRE 3. COMMENT LA « PEUR AU VENTRE » DEVINT UN ENJEU PUBLIC	137
1	FAIRE L'AMOUR AVEC « LA PEUR AU VENTRE » : LA SEXUALITÉ DANS LES ANNÉES 1960	139
1.1	« Oies blanches » et « blagues de garçons » : le genre des connaissances sur la sexualité et la contraception	139
1.2	D'un problème privé...	143
1.3	... à des questionnements publics	146
2	LA SEXUALITÉ DANS LES DÉBATS PUBLICS POUR L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION	148
2.1	<i>La dignité sexuelle et la folie contraceptive</i> : la sexualité dans le discours catholique sur la contraception	149
2.1.1	D'Ogino à Chanson : maîtriser ses désirs en conservant ses orgasmes	150
2.1.2	Les catholiques face à la contraception médicale : entre rejet et espoirs	152
2.1.2.1	« Perversion de la sexualité » et « esclaves sensuelles » : l'opposition à la libéralisation de la contraception	152
2.1.2.2	Les espoirs déçus d' <i>Humanae Vitae</i> : vers la redéfinition de la morale sexuelle catholique ?	155
2.2	Associer sexualité et famille pour mieux dissocier sexualité et procréation : de la stratégie du MFPP à la « libération des femmes » ?	157
2.2.1	La sexualité contraceptée comme condition d'une vie de couple épanouie	158
2.2.2	Libérer la sexualité de <i>toutes</i> les femmes ? Âge, statut matrimonial, classe et race	162
3	CONCLUSION	168
	CHAPITRE 4. UNE MAÎTRISE MASCULINE POUR UNE HARMONIE CONJUGALE ?	171
1	LA CONTRACEPTION, UNE COMPÉTENCE PRINCIPALEMENT MASCULINE ?	173
1.1	Une charge pour les hommes qui confère un pouvoir sur les femmes	174
1.1.1	Le retrait : compétence masculine et frustration partagée	174
1.1.2	Le préservatif masculin, un « objet de luxure » délaissé ?	179

1.2 « L'homme qui aime sa femme ne lui donne pas un gosse tous les ans. » Compétence masculine et représentation genrée des désirs	186
1.3 Les limites de la gestion masculine de la contraception	190
2 LES MÉTHODES MIXTES ET « FÉMININES » : LA QUÊTE DE L'EFFICACITÉ, DU PLAISIR ET DE LA SPONTANÉITÉ	194
2.1 Une responsabilité féminine possible ?	195
2.2 Des méthodes anciennes mais peu répandues : éponges et douche vaginale	198
2.3 Méthode Ogino et méthode des températures : des rapports programmés préjudiciables à l'harmonie conjugale ?	200
2.4 Les spermicides et le diaphragme : perturbation du script sexuel et spontanéité	205
2.4.1 Des méthodes marginales	205
2.4.2 Valoriser des effets positifs sur la sexualité nécessaires à l'harmonie conjugale	210
3 CONCLUSION	214
CHAPITRE 5. DE LA DIFFUSION DE LA PILULE À LA BANALISATION DU PRÉSERVATIF	217
1 UNE CONTRACEPTION MÉDICALE FÉMININE QUI PERMET LA « LIBÉRATION SEXUELLE » ?	218
1.1 De l'harmonie conjugale à la libération sexuelle, la construction du mythe de « la pilule »	220
1.1.1 Derniers obstacles et premiers succès	221
1.1.2 D'une contraception pour femmes mariées à une contraception pour les jeunes	225
1.1.3 La pilule, condition nécessaire et suffisante de la « libération sexuelle » ?	226
1.2 Ce que la pilule fait à la sexualité : des représentations aux pratiques	229
1.2.1 Découverte du plaisir, accroissement de la satisfaction sexuelle ou devoir d'orgasme ?	230
1.2.2 Augmentation de la fréquence des rapports sexuels ou du nombre de partenaires ?	235
1.3 Ce que la pilule fait aux femmes et défait chez les hommes	240
1.3.1 Effets secondaires et « ras-le-bol » de la pilule	240
1.3.2 Une « libération »... sous contrôle médical	244
1.3.3 Ce que la pilule fait aux hommes	246
1.3.3.1 D'une compétence masculine à une responsabilité féminine	247
1.3.3.2 La disparition du préservatif masculin	250
2 LA FIN DE LA « PARENTHÈSE ENCHANTÉE » ? VIH ET RETOUR DU PRÉSERVATIF	252
2.1 Du « cancer gay » au problème des jeunes	253
2.2 Le préservatif comme unique solution contre le VIH ?	257
2.2.1 Une banalisation progressive pour certains rapports sexuels	257
2.2.2 D'un objet masculin à une responsabilité assumée par les femmes ?	260
2.2.3 Les limites du « tout préservatif »	263
2.3 Encourager le préservatif sans décourager la contraception	265
2.3.1 Entre représentations et statistiques, quels effets sur la sexualité ?	265
2.3.2 Le préservatif, un soutien pour la diffusion de la contraception médicale	266
3 CONCLUSION	268
CONCLUSION	269
<u>TROISIÈME PARTIE</u>	
<u>ENTRE RESPONSABILITÉS ET RÉFLEXIVITÉS, TROIS SCRIPTS QUI FONT LE GENRE</u>	<u>271</u>
<hr/>	
INTRODUCTION	273
CHAPITRE 6. UNE CONTRACEPTION MÉDICALISÉE, FÉMINISÉE ET DÉSEXUALISÉE	275
1 ENTRE ENCADREMENT MÉDICAL ET RESPONSABILISATION DES FEMMES, UNE INVISIBILISATION DE LA SEXUALITÉ	279
1.1 Prescription contraceptive et sexualité	279
1.1.1 L'effacement de la sexualité dans la mesure scientifique de l'efficacité contraceptive	279
1.1.2 Une prescription médicale normative	281
1.2 Travail contraceptif des femmes et résurgence de la sexualité ?	285

1.2.1	Les modalités du choix contraceptif : la place de la sexualité dans le travail cognitif	285
1.2.2	Du travail logistique à la charge mentale	290
1.3	Une responsabilité féminine au bénéfice des hommes ?	293
1.3.1	Des hommes détachés de la contraception	293
1.3.2	Des « négociations silencieuses » à une implication masculine variable selon le milieu social ?	296
1.3.3	Un cas particulier : la contraception médicale pour les hommes	302
2	IDENTIFIER DES « EFFETS SECONDAIRES » POUR CONSTRUIRE UN CORPS « NATUREL »	307
2.1	Contrôler sa fécondité au détriment de son « corps naturel » ?	309
2.2	Des dispositifs internes qui créent une réflexivité attentive sur la sexualité	313
2.2.1	La difficile isolation des effets des méthodes hormonales sur la libido féminine	314
2.2.2	Des effets indirects sur la sexualité ?	316
2.2.3	Identifier les effets secondaires de la pilule en l'arrêtant	320
3	CONCLUSION	322
CHAPITRE 7. LES MÉTHODES BARRIÈRES : PERTURBATION DU SCRIPT ORDINAIRE ET RÉFLEXIVITÉ OBLIGATOIRE		325
1	LES BARRIÈRES « FÉMININES » : MÉTHODES RARES ET RESPONSABILITÉ CLASSIQUE	326
1.1	Le préservatif féminin : une initiative féminine rare, un rejet global	327
1.2	Le diaphragme : une solution non hormonale et économique	329
1.3	Les spermicides : négocier la sécurité ?	330
2	LE PRÉSERVATIF MASCULIN : DÉFAIRE LES SCRIPTS SEXUELS ET FAIRE LE GENRE	332
2.1	Une méthode coopérative ?	334
2.1.1	Un objet au cœur des rapports de genre	334
2.1.2	Utilisation et arrêt du préservatif. Protection ou contraception ?	339
2.1.3	Négocier le désir, entre genre et classe	345
2.2	Le préservatif masculin, obstacle à la sexualité et encouragement à la réflexivité	350
2.2.1	Un objet sexuel comme les autres ?	352
2.2.1.1	Choisir le bon objet pour essayer de ne pas perturber le script	352
2.2.1.2	Aléas matériels et réflexivité obligatoire	355
2.2.1.3	Des techniques de pose genrées	357
2.2.2	De la pose à la pause ? Préservatif et plaisir dans le script sexuel	361
2.2.3	La masculinité à l'épreuve des effets du préservatif sur l'érection	366
2.2.3.1	Quand le préservatif fait perdre l'érection... et la face	367
2.2.3.2	Faire durer l'acte : augmenter le plaisir ou réassurer la masculinité ?	371
3	CONCLUSION	373
CHAPITRE 8. ÉTUDIER LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES ALTERNATIVES POUR REPENSER LA SEXUALITÉ « NATURELLE »		375
1	UTILISER DES PRATIQUES CONTRACEPTIVES ALTERNATIVES MINORITAIRES	377
1.1	Le retrait, entre méthode contraceptive et pratique sexuelle	377
1.1.1	Une méthode illégitime	377
1.1.2	Quel emploi pour quelles significations ?	381
1.1.2.1	Pallier la non-prise en charge féminine de la responsabilité contraceptive	381
1.1.2.2	Entre négociations silencieuses et choix rationnel	383
1.2	Les méthodes d'auto-observation, un choix à la marge	385
1.2.1	Le passage des « méthodes naturelles » aux MAO	386
1.2.2	L'utilisation des MAO, entre choix et résignation	391
2	REVENIR AU « NATUREL », PARTAGER LA RESPONSABILITÉ, RÉFLÉCHIR SUR LA SEXUALITÉ : DES DISCOURS AUX PRATIQUES	396
2.1	Retrouver « la nature »	398
2.1.1	D'une pratique « naturelle » à la découverte de sa « vraie nature »	398
2.1.2	« Nature » ou biomédicalisation ?	399
2.2	Modifier les rapports de genre, la sexualité et la réflexivité ?	403
2.2.1	Rapports de genre et retrait : faire confiance aux hommes ?	403

2.2.2	Produire son genre et reproduire les rapports de genre en utilisant les MAO	406
2.2.2.1	La féminité, la masculinité et le couple comme objectifs	407
2.2.2.2	La fin de la responsabilité féminine ?	411
2.2.3	« Frustration » et réflexivité amplifiée sur la sexualité	413
3	CONCLUSION	421
CONCLUSION		423
<u>QUATRIÈME PARTIE</u>		
<u>ÉCHANGE DES PLAISIRS ET TRAVAIL DES DÉSIRES</u>		425
INTRODUCTION		427
CHAPITRE 9. LA PLACE DE LA PÉNÉTRATION PÉNOVAGINALE DANS L'ÉCHANGE HÉTÉRONORMÉ DES ORGASMES		429
1	L'IMPÉRATIF DE RÉCIPROCITÉ À L'ÉPREUVE DE L'ORDRE DU GENRE	430
1.1	Mesurer le plaisir, l'orgasme ou la satisfaction ?	430
1.2	La « pseudo-réciprocité » sexuelle	433
1.2.1	La réciprocité obligatoire des orgasmes	433
1.2.2	La réciprocité comme preuve de l'engagement	435
1.2.3	Orgasme masculin contre plaisir féminin ?	437
1.3	Un échange hétéronormé : performance masculine vs jouissance féminine	440
2	COMMENT LA PÉNÉTRATION PÉNOVAGINALE HIÉRARCHISE LES SCRIPTS SEXUELS	445
2.1	La contraception, indispensable au script de la « bonne sexualité »	446
2.1.1	La centralité de la pénétration pénovaginale	446
2.1.2	Des pratiques diversifiées mais hiérarchisées	448
2.1.3	La contraception, une pratique au cœur du script hétérosexuel	451
2.2	Adopter des « scripts inférieurs » ?	454
2.2.1	Les « scripts inférieurs » : des scripts contraints ?	454
2.2.2	Des pratiques de contraception qui légitiment les « scripts inférieurs »	458
2.3	Comprendre la hiérarchie des scripts : plaisir masculin et attachement féminin	462
2.3.1	La pénétration, une pratique au bénéfice des hommes ?	462
2.3.2	Qui ressent du plaisir grâce à la pénétration ?	466
2.3.3	Pourquoi les femmes sont-elles attachées à la pénétration ?	470
3	CONCLUSION	473
CHAPITRE 10. L'ENVERS DE LA SPONTANÉITÉ : LE TRAVAIL GENRÉ SUR LA SEXUALITÉ		475
1	DÉSIRS GENRÉS MAIS ETHOS ÉGALITAIRE : ANALYSE D'UN PARADOXE	476
1.1	Le besoin incontrôlable des hommes face au désir subalterne des femmes	476
1.2	Des désirs variables pour une sexualité égalitaire ?	482
2	NATURALISER UNE DISPONIBILITÉ PHYSIQUE ET UNE DISPONIBILITÉ ÉMOTIONNELLE	486
2.1	Une généralisation naturalisée de la « disponibilité physique » des femmes ?	486
2.2	Baisses de libido et injonction à la sexualité : la disponibilité émotionnelle	492
2.2.1	Externaliser la baisse du désir conjugal grâce à la pilule	492
2.2.2	Peut-on être un homme sans besoin sexuel ?	497
3	CRÉER UN CONTEXTE PROPICE À LA SPONTANÉITÉ : LE TRAVAIL DES FEMMES SUR LA SEXUALITÉ CONJUGALE	500
3.1	Les conditions sociales du désir spontané	502
3.2	Les coulisses de la sexualité	505
4	CONCLUSION	511
CONCLUSION		513

<u>CONCLUSION GÉNÉRALE</u>	
<u>LA SEXUALITÉ AUX TEMPS DE LA CONTRACEPTION</u>	<u>515</u>
1 PROLONGER LA RECHERCHE : DES PISTES À EXPLORER	517
2 LA CONTRACEPTION COMME MANIÈRE DE DÉFINIR LES RELATIONS	519
3 UNE RÉFLEXIVITÉ SEXUELLE MOUVANTE ET GENRÉE	521
4 DES TECHNIQUES QUI « FONT LE GENRE » SANS FAIRE BOUGER L'« ORDRE DU GENRE »	522
5 UNE « BANALITÉ SEXUELLE » QUI DEMEURE HÉTÉRONORMÉE	524
6 ÉTUDIER LA SEXUALITÉ EN FÉMINISTE : DE LA RÉALITÉ À L'UTOPIE ?	526
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>529</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>567</u>
TABLE DES ANNEXES	591
TABLES DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	592
TABLE DES MATIÈRES	595