

## **Appel à communications**

### **Colloque « Genre et contraception : quelles (r)évolutions ? »**

**18 et 19 décembre 2017, à Paris (France)**

Colloque organisé à l'occasion des 50 ans de la loi Neuwirth,  
par le laboratoire junior Contraception & Genre (Cité du Genre, USPC),  
avec les soutiens de : la Cité du genre de l'USPC, l'Ined, l'Inserm-Cesp (U1018, équipe 7), l'IRIS,  
SciencesPo, le Cermes3 (EHESS), Presage, l'Université Paris I - Panthéon-Sorbonne, l'IPOPs.

Il y a 50 ans, le 19 décembre 1967, était finalement adoptée en France la loi Neuwirth légalisant l'usage de la contraception. Au cours de cette même décennie, les nouvelles méthodes médicales de régulation des naissances, comme la pilule hormonale ou le dispositif intra-utérin, commencent à être diffusées en France et dans d'autres pays du monde. Souvent appréhendé comme une révolution, notamment pour l'autonomie corporelle des femmes, ce changement a permis une maîtrise sans précédent des conséquences procréatives de la sexualité et a induit des recompositions majeures des normes de fécondité, de sexualité et de genre. Ces évolutions n'ont toutefois pas toujours été libératrices, et ont parfois pu constituer un moyen de coercition dans le cadre de politiques de limitation des naissances, aussi bien dans les pays dits « en développement », que dans certaines populations des pays dits « développés » (à l'instar des classes populaires en Angleterre).

L'objectif du colloque « Genre et contraception » est de revenir sur ces « (r)évolutions » en proposant de faire un état des lieux des savoirs et d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche sur les multiples enjeux des pratiques contraceptives et abortives, dans une perspective de genre et en prenant en compte l'imbrication avec d'autres rapports de domination (classe, race, âge, handicap). Il vise la mise en commun des travaux des multiples disciplines qui s'intéressent à la contraception (démographie, sociologie, histoire, anthropologie, sciences politiques, épidémiologie, etc.).

La régulation de la fécondité – comprise comme l'ensemble des pratiques contraceptives et abortives visant à maîtriser le nombre et l'espacement des naissances – est un domaine investi par les pouvoirs publics, qui en définissent les modalités d'accès sur les plans légal et matériel, et contribuent à infléchir le sens donné à ces pratiques dans la vie des individus. Les politiques publiques sont le fruit de compromis et de négociations entre divers·e·s acteurs·trices (gouvernement et parlementaires, expert·e·s désigné·e·s, mouvements militants) et façonnent les champs des possibles pour une sexualité dissociée de la procréation. L'accessibilité matérielle et légale des moyens de maîtriser la fécondité a des conséquences directes et indirectes sur les parcours de vie, notamment ceux des femmes, et renvoie aux représentations politiques de l'autonomie procréative et de l'égalité des sexes.

Les années 1960 ont aussi vu un nouvel acteur central se positionner dans le champ de la régulation des naissances : après avoir longtemps considéré que la contraception ne relevait pas de leur domaine de compétences, les médecins sont devenu·e·s les interlocuteurs·trices principaux·ales des usager·e·s potentiel·le·s comme des pouvoirs publics en la matière. Cette médicalisation de la contraception, qui tient autant à l'émergence des méthodes médicales qu'aux dispositions légales prises par les gouvernements, a profondément redéfini les pratiques de régulation des naissances, qui ont basculé hors de l'intimité des partenaires/couples pour être discutées et décidées avec des professionnel·le·s de santé. Ce changement implique que la compréhension des décisions contraceptives et procréatives nécessite aujourd'hui de prendre en compte le contexte médical : les représentations et pratiques des prescripteurs·trices, nourries par les cultures professionnelles et par leur formation, contribuent à définir le champ du possible et du souhaitable en matière contraceptive.

Les méthodes contraceptives les plus adaptées, la légitimité du recours à l'interruption volontaire de grossesse, les temporalités procréatives, mais aussi le genre des responsabilités contraceptives, sont autant de normes sociales que les médecins et les pouvoirs publics contribuent à définir, et avec lesquelles les personnes composent au cours de leurs vies. Ces personnes mettent parfois en œuvre des formes de résistances aux normes, ou même de détournements des usages des méthodes (œstro-progestatifs prescrits pour traiter l'acné ou les règles douloureuses, dispositifs intra-utérins hormonaux ou pilules consommées en continu pour supprimer les règles). Les politiques publiques, les mobilisations militantes, le processus de médicalisation et les enjeux de genre sont donc au cœur de la compréhension des pratiques contraceptives. En définitive, l'accessibilité de la contraception et les normes sociales qui entourent ces pratiques ont une incidence forte sur la sexualité des femmes et des hommes, dans la maîtrise des conséquences procréatives qu'elle implique.

## **Axe 1 : Contraception et politique**

Contraception et avortement comme pratiques de contrôle et de régulation des naissances ont, en France, été marquées par des siècles de confinement, de relégation dans la sphère privée et d'illégitimité voire d'illégalité (Cahen, 2016 ; Flandrin, 1970 ; McLaren, 1996). En Angleterre ou encore aux États-Unis d'Amérique, le militantisme des pionnières du *birth control* a permis une première vague de diffusion des connaissances et outils pour la maîtrise de la fécondité dès les années 1930. En France, ce n'est qu'à la faveur d'un large mouvement de contestation, porté par le Planning Familial, puis par la seconde vague féministe des années 1970, que le régime de l'interdiction a laissé place à une légalisation sous contrôle médical (Ferrand-Picard, 1982 ; Pavard, 2012). Chaque contexte national a vu émerger une culture contraceptive qui lui est propre, fruit de négociations et de luttes entre les acteurs politiques, institutionnels et militants. Le cadre légal, les politiques publiques, mais aussi les pratiques et représentations médicales (Bretin, 1992 ; Conrad, 1992 ; Guibert-Lantoine (de) et Leridon, 1998) constituent ainsi le cadre normatif de la régulation de la fécondité. Ce premier axe s'intéresse aux questions de politisation des enjeux contraceptifs et abortifs, qu'il s'agisse des mobilisations militantes, de l'encadrement législatif ou des politiques publiques (y compris dans une perspective de « santé globale »). Les communications devront intégrer une perspective de genre en travaillant le terme « politique » sous l'angle des rapports sociaux et de pouvoir qui peuvent s'exercer dans le domaine de la contraception.

## **Axe 2 : Contraception, marchés, industrie, techniques**

Les technologies et techniques de régulation des naissances peuvent être analysées comme des produits ou services conçus, confectionnés et vendus sur un marché, répondant à une demande supposée ou réelle. Dans cette perspective, les méthodes anciennes ou contemporaines, indépendamment de leur efficacité, peuvent être questionnées de multiples façons. Cet axe s'interroge sur les modalités de création, de production, et sur les acteurs·trices impliqué·e·s dans le déploiement de ces technologies (Gaudillère, 2010 ; Marks, 2010). Les contextes scientifiques, législatifs, sociaux, moraux ou commerciaux ont-ils eu une influence sur l'élaboration de ces produits ou sur leur diffusion ? Comment s'opère le passage de l'invention scientifique au produit commercial, et quelles recompositions du marché cela entraîne-t-il ? Cet axe s'intéresse également aux réseaux ou institutions qui sont à l'origine de la promotion de ces produits, aux modalités de diffusion, au contexte légal et aux logiques concurrentielles. Quels argumentaires scientifiques, publicitaires ou officieux permettent de promouvoir leurs ventes (Ignaciuk, 2016) ? Quel est le rôle des consommateurs·trices dans le façonnement de ce marché, de quelle marge d'autonomie mais aussi de quelles certitudes disposent-ils-elles ? Enfin, cet axe est attentif à la manière dont les producteurs·trices et prescripteurs·trices genrent les objets

contraceptifs, que ce soit dans l'offre contraceptive proposée, ou dans les représentations associées aux produits et aux usager·e·s.

### **Axe 3 : Médicalisation, professions, institution**

Avec l'apparition de nouvelles technologies contraceptives, la régulation des naissances, qui relevait de l'intime et de la responsabilité du couple/des partenaires, a basculé dans le champ médical dans plusieurs pays du monde. Les médecins sont désormais perçu·e·s comme expert·e·s en matière de contrôle des naissances (Aïach et Delanoë, 1998 ; Leridon et al., 2002). La médicalisation des enjeux de fécondité se poursuit parfois avec les lois dépénalisant l'avortement, qui confient son contrôle au corps médical, tout en ménageant une certaine libéralisation de l'accès à ces techniques, fruit des luttes féministes. Quel a été le rôle des professions et de l'institution médicale dans la légalisation de la contraception, puis de l'avortement ? Comment les professionnel·le·s de santé ont investi un domaine auparavant exclu de leur champ de compétences ? Comment se définit la compétence prescriptive, notamment entre les différentes professions de soins (médecins généralistes, gynécologues, sage-femmes), mais aussi entre certains profanes de la santé (conseillères conjugales, naturopathes) ? Comment se forment les prescripteurs·trices, et avec quelle incidence sur leurs pratiques et représentations (Gelly, 2006) ? Cet axe s'intéresse également à la normativité du corps médical en matière contraceptive. Quel champ des possibles et du souhaitable définissent les professionnel·le·s en la matière ? Quelle place pour les femmes, et quelle place pour les hommes (Ventola, 2016), ou pour le choix effectivement proposé aux usager·e·s potentiel·le·s ? Plus largement, quelles peuvent être les implications du suivi médical de la contraception sur les corps féminins (Ruault, 2015), sur les choix reproductifs, et les temporalités contraceptives (Bajos et Ferrand, 2004) ?

### **Axe 4 : Trajectoires et pratiques contraceptives**

Très différentes selon les régions du monde (Alkema et al., 2013), les pratiques contraceptives apparaissent influencées aussi bien par les parcours individuels que les normes sociales, comme l'a confirmé la « crise des pilules » survenue fin 2012 en France (Bajos et al., 2014). L'étude détaillée des trajectoires contraceptives – des difficultés éventuellement rencontrées et des solutions mises en œuvre – permet ainsi d'appréhender ce qui favorise ou entrave la maîtrise de la fécondité. Il s'agit dans cet axe de rendre compte de la complexité des trajectoires et des pratiques en s'intéressant à l'usage des méthodes – médicales ou non, réversibles ou non – et de mieux cerner les déterminants du recours à une (ou plusieurs) méthode(s). Les communications pourront ainsi porter sur l'accessibilité financière, géographique ou culturelle des produits (y compris de la contraception d'urgence), ou de leurs prescripteurs·trices ; sur le rapport à soi, aux institutions et à la santé ; sur l'adéquation entre l'offre et les besoins, notamment au regard du mode et des conditions de vie (Hirsch et Nathanson, 2001), et sur la notion de « choix » et ses significations pour les personnes.

### **Axe 5 : Sexualité, responsabilité, normes de genre**

La mise à disposition de méthodes contraceptives médicales indépendantes de l'acte sexuel est réputée avoir permis de séparer (hétéro)sexualité et procréation. D'une part, ces contraceptifs n'interrompent pas l'acte sexuel (comme peuvent le faire diaphragme, préservatif ou retrait) ; d'autre part, leur plus grande efficacité donnerait la possibilité de ne plus avoir peur de concevoir et aurait conduit à la libération sexuelle des femmes, sans toutefois, que celle des hommes soit interrogée. Mais peut-on vraiment dissocier sexualité, contraception et procréation ? Que les méthodes employées s'inscrivent dans l'acte sexuel lui-même (préservatifs, retrait) ou non (pilule, stérilets, implants), les décisions contraceptives résultent de l'articulation entre ces trois entités (Higgins et Smith, 2016). C'est

également autour de la question des rapports de genre, mais aussi de classe, de race, d'âge, de handicap, que des communications sont attendues dans cet axe. En quoi les représentations de genre, de classe et de race peuvent-elles influencer sur le fait d'utiliser ou non une méthode de contraception, et laquelle ? Comment se fait la prise de décision quant à l'utilisation d'une méthode au regard des différentes formes de sexualités, qu'elles renvoient à la conjugalité (voir par exemple Memmi et Loû, 2015), au multipartenariat ou à des relations occasionnelles ? Nous attendons aussi des réflexions sur la genèse et les éventuelles remises en cause de la naturalisation de la responsabilité contraceptive comme exclusivement féminine (Andro et Desgrées du Loû, 2009 ; Greene et Biddlecom, 2000 ; Le Guen et al., 2015 ; Ventola, 2017).

## Modalités de participation

Le colloque organisé à l'occasion du 50<sup>e</sup> anniversaire de la loi Neuwirth a pour objectif de rassembler un large panel de disciplines afin de produire un état des lieux des savoirs sur les enjeux relatifs à la maîtrise de la fécondité (contraception et avortement), qu'ils soient politiques, sociaux, sanitaires ou sexuels en France, comme dans d'autres contextes géographiques. Les approches comparatives, ou les communications adoptant une perspective transnationale seront également appréciées.

Cet appel invite à des communications en français ou en anglais à partir de recherches universitaires ou non, et s'adresse aux chercheur·e·s, mais aussi aux professionnel·le·s, militant·e·s ou membres d'associations concerné·e·s par la thématique. Les communications de jeunes chercheur·e·s (masterant·e·s, doctorant·e·s) sont particulièrement bienvenues.

Les propositions de communication, qui peuvent s'inscrire dans les axes ci-dessus (non exhaustifs), doivent être envoyées à l'adresse [contraception.genre@gmail.com](mailto:contraception.genre@gmail.com) avant le 30 juin 2017 sous la forme d'un document de 3000 à 5000 signes maximum (espaces compris). Elles devront comporter le titre de la communication, les nom et prénom, le statut, la discipline et l'institution de rattachement du ou de la communicant·e, ainsi qu'une adresse email. Les propositions seront évaluées anonymement par les membres du comité scientifique.

### Avec les soutiens de :

## COMITE D'ORGANISATION

Julie Ancian (EHESS, Iris, Cermes3, ED286)  
Mona Claro (Ined-EHESS, Iris, Cems, ED286)  
Leslie Fonquerne (UT2J, CERTOP, TESC)  
Cyrille Jean (ED234, SciencesPo-CHSP-EA113)  
Aurore Koechlin (Paris I, Cetcopra, ED philosophie)  
Mireille Le Guen (IRD, Ceped, Inserm-Cesp, Ined, EDSP)  
Alexandra Roux (EHESS, Cermes3, Inserm-Cesp, ED286)  
Mylène Rouzaud-Cornabas (Inserm-Cesp, SciencesPo-CSO, EDSP)  
Cécile Thomé (EHESS, Iris, ED286)  
Cécile Ventola (Inserm-Cesp, Ined, EDSP)

## COMITE SCIENTIFIQUE

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Sociologue, Paris Descartes, Cerlis, INJEP)  
Armelle Andro (Socio-démographe, Paris I, Ined)  
Nathalie Bajos (Socio-démographe, Inserm-Cesp)  
Hélène Bretin (Sociologue, Iris, Paris 13)  
Fabrice Cahen (Historien, Ined)  
Annabel Degréés du Lou (Démographe, IRD-Ceped)  
Ilana Löwy (Historienne, Cermes3)  
Caroline Moreau (Epidémiologiste, Inserm-Cesp, Université Johns Hopkins)  
Bibia Pavard (Historienne, Paris II, IFP)  
Arnaud Régnier-Loilier (Sociologue, Ined)  
Elise de la Rochebrochard (Epidémiologiste, Ined)  
Paul-André Rosental (Historien, Sciences Po, CEE)  
Laurent Toulemon (Démographe, Ined)

## BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

**AÏACH** Pierre, **DELANOË** Daniel (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, France, Anthropos, DL 1998, vi+251 p.

**ALKEMA** Leontine, **KANTOROVA** Vladimira, **MENOZZI** Clare, **BIDDLECOM** Ann, 2013, « National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis », *The Lancet*, 381(9878), p. 1642-1652.

**ANDRO** A., **DESGREES DU LOU** Annabel, 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés » **Andro** A., **Desgrées du Loû** Annabel (dir.), *Autrepart*, 52, p. 3-12.

**BAJOS** Nathalie, **FERRAND** Michèle, 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 22(3), p. 117-142.

**BAJOS** Nathalie, **ROUZAUD-CORNABAS** Mylène, **PANJO** Henri, **BOHET** Aline, **MOREAU** Caroline, **L'ÉQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND**, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? », *Population & Sociétés*, 511.

**BRETIN** Hélène, 1992, *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*, Paris, Inserm.

**CAHEN** Fabrice, 2016, *Gouverner les moeurs : la lutte contre l'avortement en France, 1890-1950*, France, 414 p.



- CONRAD Peter, 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18(1), p. 209-232.
- FERRAND-PICARD Michèle, 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, 23(3), p. 383-396.
- FLANDRIN Jean-Louis, 1970, *L'Église et le contrôle des naissances*, Paris, France, Flammarion, cop. 1970, 137 p.
- GAUDILLERE Jean-Paul, 2010, « Une marchandise scientifique ? Savoirs, industrie et régulation du médicament dans l'Allemagne des années trente », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 65e année(1), p. 89-120.
- GELLY Maud, 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan, Bibliothèque du féminisme.
- GREENE Margaret E., BIDDLECOM Ann E., 2000, « Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles », *Population and Development Review*, 26(1), p. 81-115.
- GUIBERT-LANTOINE (DE) Catherine, LERIDON Henri, 1998, « La contraception en France : un bilan après 30 ans de libéralisation », *Population*, 53(4), p. 785-811.
- HIGGINS Jenny A., SMITH Nicole K., 2016, « The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept », *Journal of Sex Research*, p. 1-40.
- HIRSCH Jennifer S., 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*, 3(4), p. 413-428.
- IGNACIUK Agata, 2016, *Anticoncepción hormonal en España y Polonia: discursos, debates y prácticas entre 1960 y 1980*, Ph.D. thesis, Universidad de Granada.
- LE GUEN Mireille, VENTOLA Cécile, BOHET Aline, MOREAU Caroline, BAJOS Nathalie, 2015, « Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning », *Contraception*, 92(1), p. 46-54.
- LERIDON Henri, OUSTRY Pascale, BAJOS Nathalie, L'EQUIPE COCON, 2002, « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population & Sociétés*, 381.
- MARKS Lara, 2010, *Sexual chemistry: a history of the contraceptive pill*, Yale University Press.
- MCLAREN Angus, 1996, *Histoire de la contraception*, Paris, Noësis.
- MEMMI Sarah, LOU Annabel Desgrées du, 2015, « Rapports de genre et pratiques contraceptives au sein des couples palestiniens », *Population*, 70(2), p. 295-330.
- PAVARD Bibia, 2012, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, PUR.
- RUAAULT Lucile, 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), p. 35.
- VENTOLA Cécile, 2016, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, 60, p. 101-122.
- 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*, Ph.D. thesis, Paris, France, Paris 11.