

Kit pédagogique

“La contraception moderne”

Film : *La contraception moderne*

Les dossiers comportent trois documents différents :

- un argument général du cours explicitant les enjeux et les partis pris théoriques qui gouvernent la proposition d'enseignement,
- un plan du cours présenté sous forme de tableau dans lequel la suite des diapositives est présentée en vis-à-vis des commentaires qui les accompagnent,
- les diapositives du cours

Argument de l'enseignement

L'enseignement proposé s'ajuste parfaitement à un enseignement de 4h. Il peut cependant facilement être mobilisé pour des enseignements d'une durée de 3h (en retirant certains points, en évitant les discussions suggérées au sein des conseils pédagogiques) ou pour des durées supérieures à celles-ci, de nombreux points pouvant aisément être l'objet de compléments.

A. Contexte du cours

Ce cours a, dans une version légèrement plus courte déjà été donné et expérimenté dans ce contexte :

Travaux dirigés de PACES (Première Années des Études de Santé)

2 x 1h30

20 à 45 étudiants par cours

Visionnage intégral du film avant le cours *via* une plateforme type Moodle (insertion lien vers Medfilm)

Remarque PACES :

Le **cadre organisationnel de la PACES implique de nombreuses restrictions** quant aux choix méthodologiques. Ceux-ci doivent répondre en même temps aux exigences juridiques et administratives propres aux concours et à celles pédagogiques et intellectuelles propres aux sciences humaines. Avec deux séances de T.D. de 1h30 chacune, distanciée de 3 semaines maximum, le cadre organisationnel impose une planification détaillée de chaque séance.

Ce cadre est fortement défavorable à l'apprentissage. À notre échelle et hormis l'élaboration d'une action collective, on ne peut se soustraire à l'objectif de sélection, lequel prime sur celui, originaire de l'université, d'éducation et de formation. L'objectif de sélection radicale (moins de 20 % des candidats acceptés) éveille chez de nombreux étudiants une forte pression et participe à la production de modalités d'apprentissage de type bachotage, non propices à la construction de

point de vue réflexif et critique. La forte concurrence des étudiants nécessite de répondre au besoin d'un **enseignement « uniforme » et égalitaire**.

Déroulement général :

- Séance 1

Introduction

Première, deuxième et amorce de la troisième partie du cours

- Séance 2

Poursuite de l'analyse (partie 4 et 5 de l'enseignement) - questions/discussions avec les étudiants

B. Objets traités :

Contraception - pratiques contraceptives - pilule, stérilet - préférence pour la technologie - risque thérapeutique - gouvernement des populations

C. Enjeux et arguments généraux du cours

L'objet central de ce cours est **la contraception**. Nous considérons la contraception comme une pratique indissociablement sociale et médicale. Nous en étudierons divers aspects en nous appuyant sur le documentaire *La contraception moderne*. La contraception nous servira d'exemple pour mieux comprendre des relations bien plus complexes entre ce que l'on appelle souvent, en les dissociant trop strictement, « Science » et « Société ». Il s'agira d'**interroger et de problématiser des visions simples, voire simplistes**, véhiculées par le film, mais qui sont aussi souvent considérées comme des « lieux communs », afin de permettre à l'étudiant de mieux comprendre les enjeux multiples et souvent complexes des professions de santé.

Plus précisément, ce cours les invite à **considérer de manière plus large et plus précise, d'une part les stratégies de gouvernement de populations** spécifiques aux modes de contraception, d'autre part **les problèmes liés aux effets dits secondaires (ou indésirables) des technologies pharmaceutiques**. Et ceci autrement que par les catégories de « progrès », de soins désintéressés, de « tragédies », de « tributs au progrès » ou encore de « risque », qui fréquemment émaillent toute appréhension des pratiques médicales de contraception, soit pour en vanter les mérites, soit pour en disculper les effets indésirables ou en affirmer l'inéluctable nécessité.

Tout notre objectif consiste donc à **complexifier la contraception par l'histoire**. Ainsi, **plutôt que d'un jugement moral ou d'une vision normative de cette dernière** - elle est tantôt considérée, selon le point de vue politique des uns et des autres, comme une pratique bénéfique, émancipatrice ou au contraire démoniaque - , nous en proposons **une compréhension critique**. En tant que pratique sociale historiquement déterminée, nous supposons qu'elle est susceptible de nous renseigner sur les manières dont on produit du pouvoir en société, sur les manières dont la vie est gouvernée et sur les intérêts présidant à la régulation du danger par le « risque ».

Afin de permettre aux étudiants de mettre en œuvre ce questionnement, nous proposons **une structure argumentative scandée par quatre grandes interrogations** :

1. Qu'est-ce que la contraception ?
2. En quoi la contraception est une activité « scientifique » ?
3. Pourquoi y a-t-il des controverses sur la contraception et ses moyens ?
4. Qu'est-ce que ceci nous apprend sur les études de santé ?

Ces **quatre questions correspondent aux quatre aspects** qui sont successivement analysés :

- La contraception comme une pratique déterminée (et construite) historiquement
- La contraception comme moyen d'aborder la compréhension et la production technoscientifique des corps humains
- La controverse socio-technique comme le produit d'une confrontation entre diverses formes de gouvernement (des sexualités, des naissances, des corps) et divers types d'acteurs, de sujets et d'intérêts
- L'importance d'une réflexion par les – futurs – professionnels de la santé sur l'action normative et normalisante de leur travail et la nécessaire distance critique à entretenir face aux récits glorifiants d'une science « neutre »

1. Qu'est-ce que la contraception ?

Nous commençons l'étude de la contraception par une définition liminaire et minimale : elle consiste en **l'ensemble des moyens utilisés pour éviter une grossesse** (*contre-conception*, terme d'utilisation, semble-t-il, récente – daté de la fin 19e siècle dans son usage francophone).

Si des techniques reposant sur des périodes plus ou moins courtes d'abstention sexuelle ou d'interruption coïtale peuvent être considérés comme des méthodes de « contraception », **la contraception est depuis près d'un demi-siècle maintenant le plus souvent associée à l'usage de technologies à actions chimiques ou mécaniques**. Aux technologies les plus usitées dans les pays « riches » - le préservatif et la pilule contraceptive - , il convient d'ajouter des dispositifs intra-utérins ainsi que des implants hormonaux extra-utérins.

Le T.D. débute par une **introduction historique de différentes techniques et technologies contraceptives**. Nous insisterons brièvement sur la différence entre technique et technologie, puis aborderons **trois points** :

- **Premièrement**, la très grande variété de pratiques contraceptives relativement aux technologies utilisées (Dispositifs intra-utérins [Diaphragme, Stérilet], Dispositifs extra-utérins [Pilule contraceptive, Préservatif, Implants], autres techniques [Coitus interruptus - l'interruption de l'acte, Abstention pendant les périodes du cycle féminin/courbes de température]).
- **Deuxièmement**, l'ancienneté de certaines d'entre elles. La contraception n'est donc pas l'objet d'un questionnement récent. Nous interrogerons dès le début de l'enseignement les lectures progressistes - à l'œuvre notamment dans *La contraception*

moderne - qui accompagnent la promotion des technologies les plus récentes. De telles lectures supposent la vision d'un Nouveau Monde, qui s'ouvrirait en total opposition et en radical progrès d'avec celui qui le précède. Ceci est parfaitement visible par l'exclusion et la déconsidération dont certaines techniques sont l'objet dès les premières minutes de *La contraception moderne*.

- **Troisièmement**, la disqualification morale constante dont la contraception a, si ce n'est toujours, très fréquemment été l'objet.

2. La production scientifique des corps

Dans le second temps de ce cours, c'est le lien **supposément évident entre la médecine et la contraception** qui est l'objet de notre interrogation. Pour mener cette interrogation, nous recourons à l'explication de la singularité du « regard scientifique » sur le corps, entendu comme « *topos* » de la contraception (en opposition aux comportements par exemple).

Ainsi, nous insistons sur la manière dont la **médecine fait du corps le lieu de son intervention légitime**, en même temps, qu'elle **en produit une appréhension particulière et en revendique la priorité**. Une des conséquences de cette conquête de la médecine sur les corps est sa légitimité à pouvoir potentiellement revendiquer la priorité de son intervention sur un grand nombre de questions de société.

La construction de cette relation inouïe au corps peut être rapprochée de l'élaboration historique d'un **modèle du corps humain abstrait et universel** par la médecine scientifique du XIXe siècle. La rencontre thérapeutique est donc le lieu d'une tension entre le corps singulier qui se présente au professionnel de la médecine et le corps universel qui guide implicitement son regard et sa pratique.

Au-delà de la construction d'une représentation hégémonique des corps humains, la médecine scientifique produit elle-même, biologiquement, des corps particuliers. On pense ici, dans le cas de la contraception, aux effets communs dits « secondaires » ou « indésirables » de la pilule (augmentation de la taille des seins, prise de poids, etc.) ou aux implants intra-utérins ou hormonaux. C'est là l'un des aspects des problématiques liées à l'autotransformation humaine des corps par la technique : l'anthropotechnie.

3. La préférence pour les technologies invasives

Dans cette troisième partie, nous mettons en question l'évidence de la supériorité des technologies invasives médicalement assistée dans la lutte contre la grossesse. Pourquoi l'option pour une technologie invasive – la pilule contraceptive ou le stérilet – peut être préférée à celle de technologies non invasives comme le préservatif ou des modalités comportementales ?

Afin de démontrer que cette préférence n'a rien d'évident ou de naturel, nous mettrons en **contraste les usages et problèmes liés à la pilule contraceptive et à d'autres**

moyens de contraception, en tenant compte de la position de refus total de toute forme de contraception ainsi que de la stérilisation volontaire.

Du fait de son interaction plus immédiate avec le corps qui l'héberge, nous considérons les technologies invasives comme potentiellement plus dangereuses. Ainsi, de ce point de vue, **l'usage du préservatif (non-invasif) comporte moins de risques que l'usage de la pilule** contraceptive à condition que les règles d'applications soient respectées.

Pourtant, la technologie pharmaceutique est souvent présentée comme plus efficace et ainsi plus « sûre » sur le plan social que le préservatif. La nécessité de la coopération du partenaire masculin, qui peut être perçu comme une barrière au plaisir sexuel et qui peut être oublié pendant l'acte sexuel fait partie des arguments évoqués pour justifier ce point. Ainsi nous constatons **l'amalgame fait entre efficacité et sécurité** - en pratique la pilule est plus efficace quant à sa fonction première de contraceptif - dans la promotion de ces technologies contraceptives invasives.

De cette manière, nous expliquons cette « **préférence technologique** » par **quatre raisons distinctes, mais enchevêtrées** :

- une raison sociologique, celle de l'intérêt professionnel : l'encadrement professionnel qu'elle requiert
- une raison « pragmatique » : la construction d'une efficacité plus grande de ces dispositifs
- une raison épistémologique : la vision du corps humain propre à la médecine scientifique
- une raison « pragmatique », au sens de la sociologie de ce même nom : le détour permit par la technologie et la transformation corollaire des problèmes qui sont liés à la contraception

4. Perception des risques entre calculs des grands nombres et expérience personnelle

Aussi nous faut-il maintenant aborder la question **de la construction et de l'appréhension de la sécurité et de l'efficacité** dans la rationalité biomédicale. L'efficacité se construit et est évaluée en rapport au bénéfice attribué à l'usage d'une thérapie, en comparaison avec des thérapies alternatives (généralement traduit en évaluation-bénéfice – risque). Or, le « bénéfice » est toujours le produit d'une réflexion statistique, une efficacité évaluée à partir d'un « grand nombre » d'individus. Dans le cas de la contraception - et ici encore le film *La contraception moderne* est éloquent - c'est le risque d'inefficacité de la technique de contraception qui est présenté et envisagé comme potentiellement dangereux. À partir de cette compréhension du risque premier d'inefficacité, nous problématiserons **l'apparente évidence de la survenue inéluctable et nécessaire de l'« effet secondaire » ou « effet indésirable »**.

De manière plus générale, l'usage de la technologie pharmaceutique s'inscrit dans un rapport bénéfice-risque objectivé. Celui-ci est le résultat de calcul de « grands nombres », donc de collectifs composés de plusieurs centaines voire milliers de

personnes. Construit à partir de ces cas, le rapport bénéfice-risque influence le choix thérapeutique de chaque médecin. Il décrit la probabilité avec laquelle apparaît un « effet secondaire » dans une population donnée. Or, cette rationalité probabiliste ne correspond pas à l'expérience singulière de chaque usager pour laquelle le risque s'évalue en fonction de la gravité des conséquences sur son propre corps. L'**introduction des facteurs de risque** est une tentative de palier aux « défauts » inhérents d'une rationalité des grands nombres. Cependant, leur introduction reproduit une logique de populations (les facteurs de risque impliquant la production de « sous-populations » distinctes), qui ne peut éviter l'actualisation dans un corps propre d'effets « secondaires » inhérents à toute technologie médicale. Cette inéluctabilité des « effets secondaires » doit nous conduire à interroger autrement la « préférence technologique » préalablement étudiée, ainsi que la disqualification – jugées irrationnelles – dont sont l'objet les craintes ou les refus des usagers à prendre ces risques.

Contrairement aux interprétations identifiant des intérêts « matériels » ou « professionnels », pour expliquer le maintien de cette situation problématique, il convient d'envisager (en plus de ces dernières) le **processus de « compartimentation » des savoirs en tant qu'il participe de la création de nombreuses « boîtes noires »**. Le modèle scientifique à prétentions « universelles » oblige le chercheur, dans notre cas le clinicien en médecine, à produire des savoirs les plus « objectifs » possibles. Ces résultats, par exemple l'évaluation de bénéfice-risque d'une pilule contraceptive, « se déplacent » ensuite – en tant que résultats de recherche, sans la plupart du temps, que l'on interroge leur cadre méthodologique propre – dans le domaine des savoirs médicaux accessibles à tous les médecins. Ce processus s'opère par exemple par l'écriture de manuels, par la publication d'articles dans des périodiques de médecins, etc. Si les limites méthodologiques de l'expérience sont encore mises en avant par l'auteur rigoureux de l'expérimentation qui publie ses résultats dans un article de journal spécialisé, les résultats seront ensuite repris dans un manuel de médecine, mais seulement dans leur « essence », c'est-à-dire après « purification » du savoir. Ainsi nous assistons à la production de « faits » dans lesquels les limites de l'expérience disparaissent successivement. L'enseignement ne revient plus sur la complexité de la production, mais s'appuie désormais sur les savoirs canoniques rassemblés dans les manuels propres aux cursus densifiés des études de médecine.

5. Éviter la grossesse et gérer les populations

Dans la pratique thérapeutique, ce savoir canonique et abstrait fonde le choix du professionnel. Le patient singulier s'expose à ce moment à l'autorité décisionnelle d'un tiers professionnel (même si on lui demande son accord, ce choix s'inscrit dans un contexte de hiérarchie des savoirs) fondée sur cette logique des grands nombres.

Ceci devient particulièrement important au moment où entrent en jeu des rationalités qui dépassent la relation singulière d'un patient à un médecin ou à un autre professionnel de la santé, car ce dernier a une fonction charnière dans le système de santé entre le sujet et le gouvernement des populations.

En suggérant un diagnostic et en proposant des interventions – le professionnel de la santé décide non seulement du degré d'information que le patient recevra, mais il déterminera également jusqu'à quel degré il soumettra cette thérapie à une logique collective. Prenons l'exemple de la contraception. La femme consultant son médecin cherchera à évaluer l'utilité de la prise de la pilule contraceptive pour son cadre singulier. Or, le médecin est formé sur un modèle universel qui, de plus, s'inscrit dans le cadre d'une gestion des naissances. Le contrôle des populations et l'évaluation des risques ont cependant une chose en commun : ils représentent des calculs de « grands nombres » (Desrosières), faisant ainsi abstraction (objectivation) des cas singuliers qui servaient à les calculer.

C'est cette relation complexe entre grands nombres et singularités qui créera le pont intellectuel et thématique entre le raisonnement médical sur les technologies d'un côté et les gouvernements de la vie de l'autre côté. Cette dernière partie abordera trois relations phares : La première s'attaquera aux sexualités et aux rôles qui sont attribués à une période spécifique (années 1920, 1970, 2010) aux médecins, aux femmes et hommes et aux interprétations morales faites de la contraception.

La seconde relation abordée sera celle de l'État et de la citoyenne reproductrice. On discutera les raisons pour lesquelles médecins et législateurs ont vu en la pilule contraceptive un moyen du contrôle des populations. La mise en parallèle d'idées natalistes et néomalthusianistes permettra de montrer que la prétendue « Surpopulation » du monde était toujours considérée à l'aune des régions extra-européennes traduisant ainsi dans un contexte de la décolonisation des peurs de catastrophe humanitaires engendrant des migrations, des peurs de luttes pour les ressources et ainsi des peurs d'appauvrissement par le biais de surpopulation. Cependant, les mêmes nations qui ont défendu les luttes contre la surpopulation dans l'édit tiers-monde ont en même temps poursuivi une politique nataliste (notamment la France). La pilule comme technologie chère était ainsi l'objet de fantasmes et de politiques de contrôle des populations nationales et étrangères.

6. Les sciences de la santé « apolitiques » ?

Cette forte implication des sciences médicales et de la santé dans les projets politiques et moraux d'acteurs variables soulève la question du caractère prétendument « a-politique » ou « scientifique » de la pratique médicale. Si celle-ci se base sur des savoirs scientifiques en quoi l'idée d'une distinction entre une expertise « intra-médicale » et des controverses « extra-médicales » (pour reprendre le terme du film de 1970) est-elle erronée ? Peut-on déduire de la réflexion menée des interprétations plus convaincantes qu'une séparation entre l'espace « scientifico-médical » et « la société » ?

Nous suggérons qu'une manière pertinente de penser les sciences de la santé dans leurs théories et pratiques est de considérer celles-ci comme des pratiques sociales participant à la production de normes sociales, mais aussi construites elles-mêmes par ces dernières. Qu'est-ce que cela change ? Science et société ne sont plus des entités distinctes, mais

la pratique scientifique s'inscrit dans la société (la société informe les pratiques scientifiques en même temps qu'elle en est transformée).

Ceci n'empêche pas de considérer les savoirs scientifiques de chaque époque comme « vrais », car il n'y a pas de moyen de les interroger au-delà de leur contexte de production, le vrai prend cependant un autre sens que celui d'une adéquation nue, anhistorique et absolue à un réel ainsi dévoilé. Les pratiques scientifiques sont historiquement variables et non absolument « objectives ». En cela, elles redeviennent largement discutables et requièrent des formes d'intelligence susceptibles de développer une attention particulière sur ce qu'elles impliquent, le type de sociétés et de monde, à la transformation et création desquelles elles participent.