



HAL
open science

Évolution des usages contraceptifs

Mireille Le Guen

► **To cite this version:**

Mireille Le Guen. Évolution des usages contraceptifs: Une pratique millénaire et deux révolutions. Médecine/Sciences, 2021, Contraception, 37 (6-7), pp.641-646. 10.1051/medsci/2021081 . hal-03486729

HAL Id: hal-03486729

<https://hal.science/hal-03486729>

Submitted on 17 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

> Il est difficile de dire avec précision depuis quand les êtres humains ont souhaité contrôler leur fécondité, tant cette pratique paraît ancienne. Toutefois, on observe au fil du temps deux évolutions majeures. Au cours des XVIII^e et XIX^e siècles en Europe, la « première révolution contraceptive » se caractérise par l'adoption du « retrait » au sein des couples mariés. Quant à la « seconde révolution contraceptive », elle n'intervient qu'à partir de la seconde moitié du XX^e siècle, avec la diffusion progressive de la pilule et du dispositif intra-utérin (DIU) au sein des différents groupes sociaux. Depuis lors, les pratiques contraceptives sont largement médicalisées et le contrôle de la fécondité est devenue une responsabilité exclusivement féminine. <

La contraception : une pratique millénaire

Les textes antiques égyptiens, grecs et romains font déjà état de techniques destinées à limiter les chances de concevoir (pessaires¹ en tissu imbibé de miel, de citron ou de vinaigre), ou permettant de faire revenir les règles (potions à base de plantes), la distinction entre contraception et avortement ne faisant pas nécessairement sens à cette époque [1]. Si certaines méthodes décrites dans ces textes sont aujourd'hui reconnues comme ayant effectivement des propriétés anticonceptionnelles ou abortives, il semble toutefois difficile de déterminer dans quelle mesure ces procédés étaient connus et utilisés au sein des populations.

Ce n'est que dans les années 1970, à travers l'étude de la fécondité des populations anciennes², qu'il a été possible de mettre en évidence un recours massif à la contraception à partir du milieu du XVIII^e siècle en France, et, 50 ans plus tard, dans le reste de l'Europe. Cette « première révolution

Vignette (© Inserm/Univscience/CNDP/Picta productions-Véronique Kleiner).

¹ Dispositifs qui s'insèrent dans le vagin.

² Rendue possible grâce au dépouillement des registres paroissiaux (remplacés en France par les registres d'état civil après la Révolution), qui recensent les naissances, les mariages et les décès dans chaque commune dès la fin du Moyen-Âge.

Contraception (1)

Une série animée par Thierry Jouault

Évolution des usages contraceptifs

Une pratique millénaire et deux révolutions

Mireille Le Guen^{1,2}



¹Centre de recherche en démographie (DEMO), Université catholique de Louvain, Place Montesquieu 1, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique.

²Institut national d'études démographiques (Ined), 93300 Aubervilliers, France. mireille.leguen@uclouvain.be

contraceptive » [2] ne se caractérise pas par l'apparition d'une nouvelle méthode de contraception, mais plutôt par l'adoption du « retrait » (ou coït interrompu) au sein des couples mariés. Si d'autres méthodes existent, elles semblent être moins massivement utilisées. Le préservatif, appelé *capote anglaise* en France et *French letter* en Angleterre, existe depuis le XVII^e siècle, mais il connaît une évolution majeure au cours du XIX^e siècle. En effet, d'abord élaboré à partir de peaux de poissons ou de boyaux de mammifères (de moutons le plus souvent), il est ensuite fabriqué à partir de caoutchouc, ce qui le rendra plus confortable. Largement associé à la prévention des maladies vénériennes en Europe, il reste peu utilisé au sein des couples mariés. Au cours du XIX^e et du début du XX^e siècle, des « produits d'hygiène féminine », tels que les éponges et les diaphragmes, se diffusent grâce, notamment, au développement des catalogues de vente par correspondance. Les couples ont aussi recours aux douches vaginales, rendues plus faciles à mettre en œuvre du fait de la popularisation du bidet dans les foyers européens à l'époque.

Ces changements de pratiques ont conduit à une baisse durable de la fécondité en France, puis en Europe. Pour les contemporains français de l'époque (responsables politiques, experts en population, médecins et écrivains), c'est un risque de « dépopulation » qui se dessine, et les pertes humaines dues à la Grande Guerre de 1914-1918 ne font qu'exacerber cette crainte. En conséquence, le 31 juillet 1920, le Parlement français adopte une loi interdisant la propagande et la vente des procédés anticonceptionnels, ce qui n'empêchera pas les couples de continuer à utiliser le « retrait ». Seul le préservatif, en raison de son

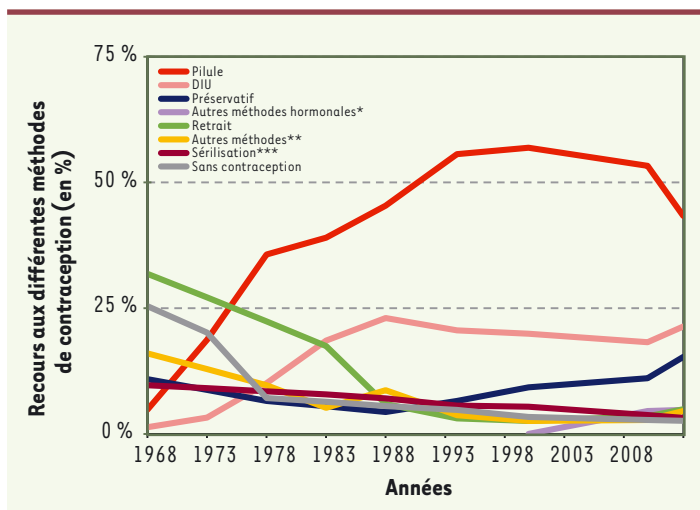


Figure 1. Évolution (en %) du recours aux différentes méthodes de contraception entre 1968 et 2013. Champ : femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir (d'après [9]). DIU : dispositif intra-utérin. *implant, patch, anneau vaginal ; **abstinence périodique, méthodes locales, autre, ne sait pas ; ***l'enquêtée ou son partenaire.

utilisation prophylactique, reste en vente. Par la suite, de nombreuses méthodes autorisées à l'étranger seront illégalement importées sur le territoire français, notamment par des médecins favorables au contrôle des naissances (*birth control*) et qui participeront, plus tard, aux mobilisations pour la légalisation de la contraception. La pilule sera tout de même introduite légalement en France dans les années 1960 en tant que traitement médical permettant de réguler le cycle menstruel [3, 4].

L'ère de la légalité : médicalisation et féminisation de la contraception

L'adoption, puis la promulgation le 28 décembre 1967, du projet de loi porté par le député Lucien Neuwirth, autorisant la vente et l'usage de produits anticonceptionnels en France, marque le point de départ de nouvelles évolutions des pratiques. Une des conséquences collatérales de la légalisation de la contraception a été de rendre légitimes les recherches scientifiques sur le sujet. Les démographes, puis les épidémiologistes, ont alors été en mesure d'interroger les individus (le plus souvent des femmes [5]) sur leurs pratiques en matière de contrôle de la fécondité et, ainsi, d'observer les changements qui s'opéraient. Les résultats des premières enquêtes conduites en France dans les années 1970 ont permis de confirmer l'importance du recours au retrait, et de mettre en évidence l'adoption relativement rapide des nouvelles méthodes de contraception que sont la pilule et du dispositif intra-utérin (DIU) (Figure 1) : c'est la « seconde révolution contraceptive » [2].

La légalisation de la contraception et sa promotion à travers des campagnes gouvernementales ont légitimé l'usage des méthodes anticonceptionnelles, permettant ainsi la diffusion de la pilule et du DIU au sein de la population. On assiste alors à une médicalisa-

tion de la contraception [6], la pilule et le DIU étant des méthodes médicales dont l'accès est soumis à prescription par un(une) professionnel(le) de santé (gynécologue, médecin généraliste et, depuis 2009, sage-femme). Par ailleurs, s'opère une féminisation des pratiques [7], puisque la diffusion de la pilule et du DIU se fait au détriment du recours au retrait – une méthode impliquant particulièrement les hommes. La pilule, en donnant la possibilité aux femmes de contrôler elles-mêmes leur fécondité, et ce de manière très efficace, est devenu le symbole de leur émancipation et de leur libération sexuelle [8]. Mais c'est aussi à elles seules que revient la responsabilité du contrôle de la fécondité [5, 9].

L'émergence de l'épidémie de VIH/sida (virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise) au cours des années 1980, complexifie quelque peu un paysage contraceptif français déjà largement centré sur l'utilisation de la pilule [4]. À cette époque, les autorités promeuvent le recours au préservatif comme méthode de protection contre les infections sexuellement transmissibles, à travers notamment des campagnes de prévention, la première datant de 1987 [10]. Depuis, le préservatif est largement utilisé en début de vie sexuelle, et parfois en association avec la pilule dans une logique de double protection [11], mais il connaît également un regain d'intérêt comme méthode de contraception dans les années 1990 (Figure 1).

Progressivement, une « norme contraceptive » [12] s'est mise en place. En prescrivant le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à la pilule lorsque la relation se stabilise et, enfin, au DIU une fois que le nombre d'enfants souhaités est atteint, cette norme limite la possibilité pour les individus de choisir le contraceptif qui leur convient. Pourtant, la participation des femmes aux choix de leur méthode de contraception permet d'accroître leur satisfaction vis-à-vis de la méthode utilisée, et l'efficacité de celle-ci [13]. Dans les années 2000, les évolutions en matière d'offre contraceptive ne conduisent qu'à peu de changements des pratiques. L'encadrement législatif des stérilisations féminine et masculine, en 2001, ne s'est pas accompagné d'une hausse du recours à ces méthodes, contrairement à ce qui avait pu être observé une trentaine d'année plus tôt, avec la légalisation de la contraception. La mise sur le marché, dans les années 2000, du patch, de l'anneau et de l'implant³, méthodes hormonales agissant sur le corps des femmes et qui,

³ La contraception transdermique (par patch) ou celle par voie vaginale (anneau) délivrent les mêmes hormones que celles des pilules œstroprogestatives de nouvelle génération (voir note 4). L'implant est un contraceptif progestatif, qui se présente sous la forme d'un bâtonnet placé sous la peau du bras.

contrairement à la pilule, ne nécessitent pas de prise quotidienne, n'ont pas conduit à une évolution majeure des pratiques : ces méthodes ne représentaient que 5 % des usages contraceptifs en 2010 [14]. Il se pourrait qu'un manque de formation des professionnel(le)s de santé à ces méthodes, qui requièrent savoirs et savoir-faire, en particulier pour la pose de l'implant, ainsi que le non-remboursement du patch et de l'anneau par l'Assurance maladie, aient limité la diffusion de ces méthodes au sein de la population. Les nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), en 2004, confirmant la possibilité pour les femmes nullipares d'avoir recours au DIU, ne se sont pas non plus accompagnées d'une hausse de l'utilisation de cette méthode entre 2000 et 2010 [14].

La « crise des pilules », survenue en 2012-2013, suite à la médiatisation du dépôt de plainte d'une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qu'elle imputait à la prise de sa pilule de nouvelle génération⁴, a précipité la baisse du recours à la contraception orale, par ailleurs observée depuis le milieu des années 2000 [15]. Entre 2010 et 2013, on assiste à une baisse de 18 % de l'utilisation de la pilule, sans toutefois que la part des femmes sans aucune contraception n'augmente. Les utilisatrices se sont en effet tournées vers d'autres méthodes telles que, par ordre d'importance, le DIU, le préservatif, le calcul des dates et le retrait [16]. Entre 2013 et 2016, le recours à la pilule accuse une nouvelle baisse de près de 9 %, bien que celle-ci reste le premier moyen de contraception utilisé et que le taux de recours à une méthode de contraception, quelle qu'elle soit, demeure inchangé [17]. En effet, les femmes ont continué de se tourner vers le DIU, le préservatif, ou l'implant, et si les méthodes telles que le calcul des dates ou le retrait ont connu un regain d'intérêt auprès des femmes suite à cette « crise des pilules », cette tendance ne s'observe plus en 2016.

Une diffusion inégale des différentes méthodes de contraception

La diffusion de la pilule et du DIU au sein de la population française, soutenue par la légalisation de la contraception en 1967, ne s'opère pas à la même vitesse au sein des différents groupes sociaux, suggérant des pratiques socialement différenciées (→ Voir également [18], ainsi que des inégalités d'accès aux différentes méthodes de contraception [19, 40] (→). **la Synthèse de A. Roux, page 647 de ce numéro**

Ce sont d'abord les femmes les plus jeunes, diplômées, urbaines et davantage distantes d'une quelconque pratique religieuse, qui ont été les premières utilisatrices de contraception médicale, notamment de la pilule, alors que les femmes des générations les plus anciennes, moins diplômées et vivant en zones rurales, ont continué d'avoir davantage recours au « retrait » [2, 18].

Plusieurs mesures législatives, parfois accompagnées de campagnes de communication gouvernementales, ont successivement été adoptées, afin de permettre la démocratisation de l'accès à la contraception

médicale. Ainsi, à partir de 1974, le remboursement par la Sécurité sociale (désormais Assurance maladie) des méthodes de contraception soumises à prescription, ainsi que l'accès gratuit et anonyme à la contraception dans les centres de planification familiale pour les mineures et les non-assurées sociales, viennent supprimer les barrières financières d'accès aux méthodes médicales. En 1983, année du vote du remboursement par la Sécurité sociale de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)⁵, une première campagne publique d'information et de promotion de la contraception est lancée, sous l'impulsion d'Yvette Roudy, alors ministre des Droits de la femme, afin de permettre une meilleure connaissance des méthodes et de leurs modes d'accès. Cette campagne, si elle s'adressait à toutes et à tous, ciblait plus particulièrement les femmes vivant dans les zones rurales. En 1992, soit 10 ans plus tard, dans un contexte marqué par l'épidémie de VIH/sida, une seconde campagne de promotion de la contraception est lancée, à l'adresse particulière des adolescent(e)s. En 2000, un an après l'autorisation de la vente libre de la contraception d'urgence (ou pilule du lendemain), une troisième campagne de promotion est développée afin de promouvoir cette nouvelle méthode. Les dernières campagnes d'information sur la contraception datent de 2007, 2011, 2013 et 2014. Elles mettent l'accent sur la diversité des méthodes disponibles, à la suite notamment de l'élargissement de l'offre au cours des années 2000.

La promotion de la contraception médicale et sa prise en charge par l'Assurance maladie ont certainement permis sa démocratisation. Dans les années 1980, le recours à la pilule concerne tout autant les femmes très diplômées que celles qui l'étaient moins [18]. Cependant, de nouvelles inégalités d'accès semblent se dessiner. L'usage des pilules de troisième génération, introduites sur le marché français dans les années 1980 et présentées à tort comme ayant moins d'effets indésirables, apparaît plus marqué chez les femmes appartenant aux milieux sociaux les plus favorisés et bénéficiant d'une couverture maladie complémentaire, probablement parce qu'elles se rendent plus volontiers chez un (une) gynécologue pour la contraception, et que ces spécialistes sont plus à même de prescrire ces nouveaux contraceptifs [19]. Dans les années 1990, c'est au tour du DIU de se démocratiser, même si cette méthode reste toutefois réservée aux femmes ayant déjà eu des enfants [19]. Seules les ouvrières restent

⁴ Il existe plusieurs générations de pilules œstroprogestatives selon le type de progestatif qu'elles contiennent. Depuis 1995, plusieurs études ont mis en évidence un risque thromboembolique associé au recours à des pilules de nouvelle génération, plus élevé que lorsqu'il s'agit d'un contraceptif oral plus ancien qui est utilisé.

⁵ L'interruption volontaire de grossesse (IVG), sur demande de la femme dans un délai de 10 semaines de grossesse, a été autorisée en France de façon temporaire par la loi du 17 janvier 1975, puis de façon définitive par la loi du 31 décembre 1979. Son remboursement partiel date de 1983 et devient total à partir de 2013. Le délai légal de recours à l'IVG a été allongé à 12 semaines de grossesse en 2001.

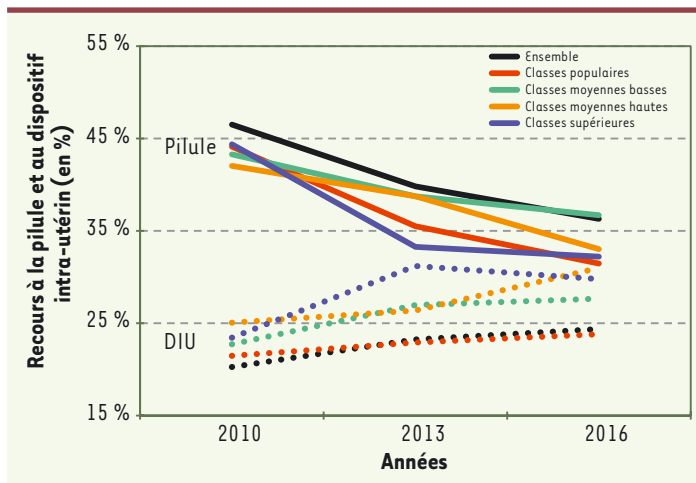


Figure 2. Évolution du recours à la pilule (trait plein) et au dispositif intra-utérin (DIU) (trait discontinu) (en % estimés) entre 2010 et 2013. Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine, ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois précédant l'enquête, qui ne sont ni stériles, ni enceintes et qui ne cherchent pas à l'être (d'après [21]).

moins utilisatrices de la pilule et du DIU que les femmes d'une catégorie socio-professionnelle plus élevée [19]. Quant au préservatif, son utilisation apparaît, en 2000, davantage marqué chez les femmes jeunes, non en couple et plus diplômées [19]. Il se pourrait que ces dernières soient plus à-même que les femmes moins éduquées de le mentionner comme une contraception dans les enquêtes quantitatives, cette méthode n'étant pas toujours perçue comme telle [20]. Dans les années 2010, la « crise des pilules » a conduit à la recomposition des inégalités sociales d'accès à la contraception [21]. En effet, si la baisse du recours à la pilule a été observée chez toutes les femmes, quelle que soit leur position sociale, la hausse du recours au DIU n'a été observé, entre 2010 et 2013, que chez les femmes de classes supérieures puis, entre 2013 et 2016, chez celles de classes moyennes (Figure 2). Les femmes de classes populaires semblent avoir été en partie exclues du recours au DIU, peut-être du fait d'un moindre accès aux gynécologues [22], davantage formé(e)s [23], et donc plus à même de recommander cette méthode de contraception à leur patientes [24]. On note également, entre 2010 et 2016, une baisse du recours à la contraception médicale, c'est-à-dire aux méthodes soumises à prescription [21]. Si l'on pouvait d'abord penser que cette tendance était liée à des difficultés d'accès aux prescripteurs(trices) du fait de la crise économique d'une part, et de la contraction de l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive dans certains territoires d'autre part, le fait que la baisse du recours aux méthodes médicales s'observe à la fois chez les femmes de classes populaires et supérieures rend cette hypothèse peu probable, ou du moins insuffisante. Il se pourrait alors que le moindre recours à la contraception médicale s'explique par l'émergence de nouvelles pratiques en matière de santé liés à des modes de consommation non compatible avec l'utilisation de produits pharmaceutiques [25] ou à une prise de distance d'avec les professionnel(le)s de santé [26].

Enfin des inégalités d'accès aux différentes méthodes de contraception persistent dans des populations plus spécifiques, notamment les femmes immigrées [27-29] ou vivant avec le VIH [30], suggérant des « marginalités contraceptives » [31].

Les hommes : grands oubliés de la contraception

À travers la médicalisation et la féminisation des usages contraceptifs s'est également opéré un transfert des responsabilités en matière de contrôle de la fécondité, puisqu'aujourd'hui, le « travail contraceptif », c'est-à-dire l'ensemble des actions entourant la maîtrise de la fécondité (recherche d'informations, consultations, observance, gestion des effets indésirables) sont principalement à la charge des femmes [9].

En effet, l'adoption massive des méthodes médicales féminines n'a pas été sans conséquences pour les hommes. L'usage généralisé de la pilule et du DIU, méthodes indépendantes du coït, contrairement au retrait, a conduit à modifier les scripts sexuels, tant féminins que masculins [32], sans toutefois remettre en cause la hiérarchie des sexes dans le champ de la sexualité [33]. Plus efficaces que le retrait, l'adoption de méthodes médicales de contraception a également permis aux hommes, à travers les pratiques de leurs partenaires féminines, d'être plus à même de prévenir la survenue de naissances non désirées [34].

Le faible nombre de méthodes de contraception masculines (Figure 3), ou plutôt leur moindre disponibilité, puisque plusieurs méthodes existent (injections hormonales et méthode thermique [slip ou anneau]), semble à première vue expliquer la moindre implication des hommes en ce qui concerne la maîtrise de la fécondité lors de relations stables. Toutefois, la médicalisation de la contraception, en introduisant de nouveaux acteurs dans ce champ – les professionnel(le)s de santé, et plus particulièrement les gynécologues, spécialistes de la santé des femmes – semble avoir également joué un rôle dans l'exclusion des hommes de la responsabilité contraceptive. Parce que la plupart des méthodes de contraception disponibles agissent sur le corps des femmes, c'est désormais la relation entre médecin et usagère, dans le cadre de la consultation gynécologique, qui prévaut aux discussions entre partenaires. Les hommes sont par ailleurs souvent jugés par le corps médical comme étant incapables d'adopter une démarche préventive, puisqu'ils ne peuvent tomber enceints [35], alors même que leur sexualité est loin d'être systématiquement associée à un désir de procréation.

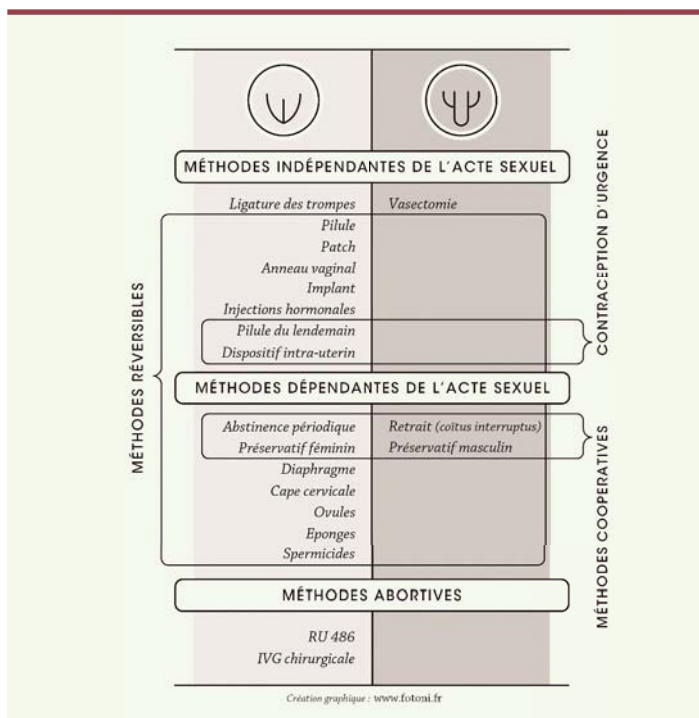


Figure 3. Méthodes de maîtrise de la fécondité, disponibles en France en 2013 (d'après [5]). © Mireille Le Guen.

Par ailleurs, la norme contraceptive française, en prescrivant le passage du préservatif à la pilule une fois que la relation se stabilise, prescrit également le passage d'une responsabilité contraceptive *a priori* partagée entre les partenaires à une responsabilité exclusivement féminine de la maîtrise de la fécondité du couple [5], limitant ainsi les capacités d'action des hommes. Elle tend également à rendre leur prises d'initiatives suspectes aux yeux des femmes [36]. Enfin, le fait que les études démographiques portant sur les pratiques contraceptives se soient le plus souvent concentrées sur l'analyse des déclarations des femmes, semble avoir contribué à construire la contraception comme un domaine exclusivement féminin [5]. Pourtant, le fait de ne pas penser la place des hommes dans le processus conduisant à l'utilisation d'une contraception, féminine ou masculine, apparaît problématique [37-39], puisque cela limite les possibilités d'envisager et d'entrevoir les rapports de genre qui se jouent dans les champs de la sexualité, de la fécondité et de sa maîtrise. ♦

SUMMARY

Trends in contraceptive use: A thousand-year-old practice and two revolutions

The use of contraceptive methods seems so old that it is difficult to know precisely when human beings first wanted to control their fertility. However, two major changes have been observed over time. In the mid-18th century in France and during the 19th century in Europe, the “first contraceptive revolution” was characterized by the adoption of “withdrawal” by married couples. The “second contraceptive revolution” took place from the second half of the 20th century, with

the gradual spread of the pill and the Intra-Uterine Device (IUD) among different social groups. Since then, contraceptive practices have been largely medicalized, and fertility control has become an exclusively female responsibility. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

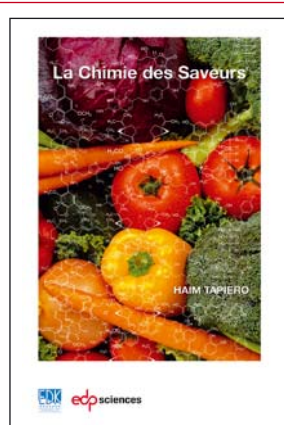
1. McLaren A. *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*. Paris : Noësis, 1996 : 418 p.
2. Leridon H. *La Seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*. Paris : Ined, 1987 : 408 p.
3. Pavard B. *Si je veux, quand je veux : contraception et avortement dans la société française, 1956-1979*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2012 : 358 p.
4. Roux A. *Par amour des femmes ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)*. Thèse de sociologie. Paris : EHESS, 2020.
5. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cah Genre* 2021 ; n° 70 (sous presse).
6. Leridon H, Oustry P, Bajos N, et al. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Popul Sociétés* 2002 ; n° 381 : 1-4.
7. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, et al. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés* 2017 ; n° 549 : 1-4.
8. Scrimshaw SCM. Women and the pill: from panacea to catalyst. *Fam Plann Perspect* 1981 ; 13 : 254-62.
9. Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé. *Rech Social Anthropol* 2017 ; 48 : 117-37.
10. Paicheler G. *Prévention du sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris : CNRS Éditions, 2002 : 284 p.
11. Rossier C, Leridon H. Pilule et préservatif, substitution ou association ? *Population* 2004 ; 59 : 449-78.
12. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé* 2004 ; 22 : 117-42.
13. Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88 : S41-7.
14. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés* 2012 ; n° 492 : 1-4.
15. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, et al. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril* 2013 ; 100 : 451-8.
16. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés* 2014 ; n° 511 : 1-4.
17. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. *Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre Santé 2016*. Saint-Maurice : Santé Publique France, 2017 : 1-8.
18. Toulemon L, Leridon H. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Popul Fr Éd* 1992 ; 47 : 1-45.
19. Bajos N, Oustry P, Leridon H, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population* 2004 ; 59 : 479-502.
20. Sardon JP. La collecte des données sur les pratiques contraceptives : les enseignements de l'enquête Ined-Insee de 1978. *Population* 1986 ; 41 : 73-91.
21. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, et al. The French pill scare and the reshaping of social inequalities in access to medical contraceptives. *SSM Popul Health* 2020 ; 11 : 100606.
22. Le Guen M, Agius R, Panjo H, et al. La crise des pilules en France : les femmes ont-elles davantage consulté une gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? *Rev Épidémiol Santé Publ* 2020 ; 68 : 347-55.

RÉFÉRENCES

23. Gelly M. *Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée*. Paris : L'Harmattan, 2006 : 244 p.
24. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sci Soc Santé* 2017 ; 35 : 41-70.
25. Rios Sandoval M. *There is politics in your shampoo: on youth activism, endocrine disruption, and making everyday toxicity visible in France*. PhD thesis. Amsterdam : University of Amsterdam, 2019.
26. Koechlin A. L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité. *Trav Genre Soc* 2019 ; 42 : 109-26.
27. Bretin H, Kotobi L. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone* 2016 ; 58 : 123-34.
28. Maraux B, Lert F. La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes. In : Desgrées du Loû A, Lert F, eds. *Parcours : parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Paris : La Découverte, 2017 : 299-313.
29. Poncet LC, Huang N, Rei W, et al. Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013 ; 18 : 468-79.
30. Maraux B, Hamelin C, Bajos N, et al. Women living with HIV still lack highly effective contraception: results from the ANRS VESPA2 study, France, 2011. *Contraception* 2015 ; 92 : 160-9.
31. Bretin H. Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sci Soc Santé* 2004 ; 22 : 87-110.
32. Thomé C. *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*. Thèse de doctorat en sociologie. Paris : EHESS, 2019.
33. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte, 2008 : 618 p.
34. Régnier-Loilier A. *Évolution des naissances et des grossesses non désirées en France. Réflexions méthodologiques et éléments d'interprétation*. Tours : 25th Conference of the International union for the scientific study of population, 2005 : 18-23.
35. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cah Genre* 2016 ; n° 60 : 101-22.
36. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés Contemp* 2016 ; 4 : 67-94.
37. Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés. *Autrepart* 2009 ; n° 52 : 3-12.
38. Greene ME, Biddlecom AE. Absent and problematic men: demographic accounts of male reproductive roles. *Popul Dev Rev* 2000 ; 26 : 81-115.
39. Watkins SC. If all we knew about women was what we read in demography, what would we know? *Demography* 1993 ; 30 : 551-77.
40. Roux A. Sociologie de la contraception en France. *Med Sci (Paris)* 2021 ; 37 : 647-53.

TIRÉS À PART

M. Le Guen



ISBN : 978-2-7598-1137-3 180 pages

La cuisine est une science. Il existe une relation étroite entre élaborer une recette et entreprendre une recherche scientifique. Quelle que soit l'origine d'une recette, d'un livre ou inventée, il faudra faire le choix des ingrédients, les mélanger et les cuire de manière appropriée afin de ne pas altérer les substances actives qui composent les ingrédients.

Une fois la cuisson terminée, il faudra analyser le goût et si nécessaire prévoir son amélioration. Améliorer une recette nécessite de connaître le ou les processus qui interviennent dans le développement des arômes, des saveurs et de la texture. Cette approche est similaire à celle développée par le scientifique.

La relation entre l'élaboration des recettes, les substances nutritives qui composent les ingrédients et la santé de l'homme est issue de plusieurs disciplines de la recherche fondamentale et clinique. Au cours des dernières années, de nombreux travaux scientifiques ont été publiés sur le rôle de la nutrition et la réduction des risques dans les pathologies comme les maladies cardio-vasculaires ou les cancers.

Le but principal de cet ouvrage a été d'identifier la structure chimique des composants actifs des ingrédients utilisés en cuisine (légumes, herbes aromatiques, épices) et qui entrent dans la préparation des recettes pour « végétariens » et « omnivores ».



BON DE COMMANDE

À retourner à EDP Sciences, 17 avenue du Hoggar, 91944 Les Ulis Cedex A - E-mail : francois.flori@edpsciences.org

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction :

Je souhaite recevoir l'ouvrage **La chimie des Saveurs** : 20 € + 3 € de port = **23 € TTC**

en exemplaire, soit un total de €

Par chèque, à l'ordre de **EDP Sciences**

Par carte bancaire : Visa Eurocard/Mastercard

Carte n° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Date d'expiration : | | | | | | | |

N° de contrôle au dos de la carte : | | | | |