



HAL
open science

La pilule en héritage. Transmissions historiques et matrilinéaires

Leslie Fonquerne

► **To cite this version:**

Leslie Fonquerne. La pilule en héritage. Transmissions historiques et matrilinéaires. Revue des politiques sociales et familiales, 2023, Des politiques sociales plus égalitaires ? De leur fabrication à leur mise en œuvre sous l'angle du genre, 146-147, pp.13-28. 10.3917/rpsf.146.0013 . hal-04595344

HAL Id: hal-04595344

<https://hal.science/hal-04595344>

Submitted on 31 May 2024

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.

Leslie Fonquerne

Docteure en sociologie, Centre d'étude et de recherche Travail, organisation, pouvoir (Certop),
université Toulouse Jean-Jaurès.¹

¹ Le contenu de cet article n'engage que son autrice.

La pilule en héritage

Transmissions historiques et matrilinéaires

Les mères endossent le rôle de garantes de la santé de la famille et apparaissent, pour leurs filles, comme des initiatrices significatives aux domaines gynécologique et contraceptif. À travers une enquête sociologique, de type qualitatif, réalisée entre 2015 et 2021 auprès de jeunes femmes usagères de contraception orale, de leurs mères, de leurs partenaires et de membres du corps médical aptes à prescrire une contraception, cet article interroge la place des mères dans les parcours contraceptifs et gynécologiques des jeunes femmes et ce que cela traduit en termes de normes médicales et de genre. Le premier rendez-vous gynécologique, souvent motivé par une première prescription de pilule chez la ou le médecin de famille, relève d'un rite de passage pour les filles et de passation pour les mères. Pourtant, mères et filles sont dans des temporalités biographiques distinctes et le modèle médical des unes ne convient pas nécessairement aux autres. Oscillant entre soutien et intrusion, l'implication des mères témoigne du caractère perpétuellement féminisé de la gestion pratique et éducative de la contraception.

Mots-clés : contraception, génération, genre, gynécologie, mères

The pill as a legacy: historical and matrilineal transmissions

Abstract: Mothers assume the role of guarantor of the family's health and are, for their daughters, significant initiators in the gynaecological and contraceptive fields. Through a qualitative sociological survey conducted

between 2015 and 2021 among young women using contraceptive pill, their mothers, their partners and health professionals authorised to prescribe contraception, this article examines the place of mothers in the contraceptive and gynaecological careers of young women and what this means in terms of medical and gender norms. The first gynaecological appointment, often motivated by a first pill prescription from a family doctor, is a rite of passage for daughters and a handover for mothers. However, mothers and daughters are in distinct biographical temporalities and the medical pattern of the former does not necessarily suit the latter. Oscillating between support and intrusion, the mothers' involvement bears witness to the perpetually feminised nature of the practical and educational management of contraception.

Keywords: contraception, generation, gender, gynaecology, mothers

Dans le cadre d'un choix et d'un usage contraceptif, les (jeunes) femmes ne sont pas uniquement confrontées aux praticiennes et aux praticiens de santé, mais également à des actrices et des acteurs extérieurs au monde médical. Au sein de leur entourage, les mères apparaissent comme des initiatrices significatives aux domaines contraceptif et gynécologique (Amsellem-Mainguy, 2007 ; Guyard, 2008). En se basant sur une recherche doctorale en sociologie, réalisée entre 2015 et 2021, portant sur les prescriptions et les usages de contraception orale dans un contexte marqué par « la crise de la pilule »² (Bajos *et al.*, 2014 ; Rouzaud-Cornabas, 2019), l'objectif de cet article est d'interroger la place des mères dans les parcours gynécologiques et contraceptifs de leurs filles, ainsi que les négociations (avec les jeunes femmes et les membres du corps médical) qui lui sont inhérentes. Comment les mères s'impliquent-elles dans les parcours contraceptifs et gynécologiques de leurs filles et qu'est-ce que cela traduit en termes de normes de genre ? En quoi l'intermédiaire que sont les mères pour les filles et les médecins peut tant représenter une ressource (pour l'ensemble des actrices et des acteurs impliqués) qu'un biais à l'émancipation des jeunes usagères ?

Les générations³ de femmes (mères et filles) impliquées dans l'enquête ont la particularité d'être entrecoupées par la deuxième vague féministe. Cette notion renvoie au mouvement social qui s'est développé à partir des années 1960 aux États-Unis et des années 1970 dans la majorité des pays européens (Bard, 2012).

« Ce mouvement se caractérise par la revendication de la dimension politique de la sphère privée. Par ses objectifs et ses pratiques, il a contribué à interroger et à redéfinir les normes de genre dans de nombreux domaines, notamment ceux du couple, de la sexualité et de la famille, engendrant un processus de politisation critique du privé. »

² Fin 2012-début 2013 éclate un scandale médiatique, politique et sanitaire en France, relatif aux surrisques thromboemboliques associés aux pilules de troisième et quatrième générations (les plus récentes, diffusées à partir des années 1990). On constate alors une désaffection, non pas seulement des pilules incriminées, mais de l'ensemble de la contraception orale.

³ « Le terme *génération* a d'une part une acception généalogique. Il désigne l'ensemble des parents appartenant au même rang de parenté [...]. Mais il désigne aussi l'ensemble des personnes d'un âge assez proche » (Fine *et al.*, 2009, p. 42).

[Masclat, 2015, p. 47.]

Les droits liés aux corps des femmes deviennent centraux dans les revendications (Bereni *et al.*, 2012), qui s'articulent autour de l'accès libre et gratuit à l'ensemble des méthodes de régulation de la fécondité.

Pour répondre aux questionnements énoncés, des entretiens menés auprès de jeunes femmes usagères de contraception orale et de leurs mères constitueront les principaux matériaux de terrain mobilisés (encadré 1). Dans une moindre mesure, des observations de consultations gynécologiques ainsi que des entretiens réalisés avec les partenaires des jeunes femmes et des personnels de santé seront exploités.

Encadré 1. Une méthode de type qualitatif et quatre groupes de personnes enquêtées

Les matériaux de terrain ont été recueillis entre juin 2016 et août 2018. D'une part, 78 entretiens et récits de vie (Beaud, 1996 ; Bertaux, 1997) ont été réalisés avec 17 jeunes femmes usagères de pilules, leurs mères, leurs partenaires et 31 professionnelles* de santé (13 généralistes, 9 gynécologues, 9 sages-femmes) habilitées à prescrire une contraception. D'autre part, près de 100 consultations médicales et gynécologiques ont été observées dans des structures publiques (hôpital, centres de santé) et privées (clinique, cabinets de ville) en région toulousaine.

Âgées de 20 à 24 ans au moment du recrutement et diplômées (niveau supérieur au baccalauréat), les interlocutrices correspondent au profil de femmes les plus concernées par un usage exclusif de contraception orale (Gautier *et al.*, 2013), particulièrement de pilules de troisième et quatrième générations (Bajos *et al.*, 2004), mises en cause dans « la crise de la pilule ». Onze d'entre elles sont blanches, parmi lesquelles l'écrasante majorité est athée, issue de famille ou culture judéo-chrétienne. Six autres sont racisées (françaises noires, réunionnaises ; latina-américaines ; maghrébines), dont 4 sont issues de famille ou de culture hindouiste ou musulmane. Sept mères (6 d'entre elles sont blanches et 1 est noire) ont été

décrites par leurs filles comme étant particulièrement impliquées dans leurs parcours contraceptifs et ont donc été recrutées. À l'image des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) des femmes en France exerçant une profession (Insee, 2016), la population d'enquête des jeunes femmes et leurs mères est principalement composée d'employées (en charge du soin et travaillant dans le domaine des services). 5 des jeunes femmes sont employées et en contrat à durée indéterminée (CDI) [infirmière, gestionnaire de communication, technicienne en gestion du personnel, attachée commerciale et conseillère en vente]. 1 est employée et en contrat à durée déterminée (CDD) en tant qu'assistante de gestion. 3 sont en contrat de stage (étudiante infirmière, manipulatrice en électroradiologie et conseillère en insertion professionnelle). 5 travaillent pour financer leurs études (gardienne d'enfants ou surveillante en lycée) et 1 exerce (en alternance) dans le cadre de son cursus. Enfin, 2 autres sont sans emploi : l'une est en recherche d'emploi et l'autre est étudiante. Au regard des professions de leurs mères et de leurs pères, la majorité des jeunes femmes est issue de PCS d'employées et de professions intermédiaires. 7 d'entre elles ont un père exerçant une profession intermédiaire et 6 autres ont ce parent affilié à la catégorie des cadres et des professions intellectuelles supérieures. Par contraste, la majorité de leurs mères (8) sont non salariées (dont au moins 1 ancienne employée, 2 mères au foyer, 1 étudiante) et 5 sont employées : 2 secrétaires, 1 agente territoriale spécialisée des écoles maternelles (Atsem), 1 aide-soignante et 1 assistante familiale.

Afin d'interroger l'implication des partenaires (hommes) dans la gestion contraceptive, le recrutement visait une population hétérosexuelle, mais la mise en couple n'était pas un critère, la relation monogamique n'étant pas un modèle exclusif (Bajos *et al.*, 2008) et les parcours biographiques évolutifs. Dès lors, 6 partenaires (tous blancs) ont pu être interrogés.

* Le féminin est ici employé car la population d'enquête des membres du corps médical est majoritairement composée de femmes.

FIN D'ENCADRE

Les récents travaux portant sur la contraception orale sont centrés sur les expertes et les experts (personnel médical et de l'industrie pharmaceutique) de la contraception (Roux, 2020 ; Rouzaud-Cornabas, 2019). Dès lors, cette recherche a d'abord consisté en l'étude longitudinale des parcours contraceptifs et de vie d'usagères de pilules. L'originalité de ce travail réside dans son approche microsociologique, à travers l'étude des usages de la contraception orale. Si le vécu des femmes, mères et filles (Amsellem-Mainguy, 2007), est au cœur de cette recherche, il est également croisé avec les discours et les pratiques des membres du corps médical. À ce titre, ce travail s'inscrit dans la filiation des recherches féministes états-uniennes qui ont initié la remise en question des dispositifs du soin gynécologique et de l'accès à la contraception (Watkins, 1998), en mettant au jour les rapports de pouvoir dans la relation médecin-patiente, analysés ici en France hexagonale. Par ailleurs, dans le domaine de la contraception, les données concernant les hommes sont rarement recueillies (Desjeux, 2009 ; Le Guen *et al.*, 2015 ; Thomé, 2019). Hormis dans le cadre de travaux portant sur la contraception dite « masculine », l'implication des hommes dans la contraception, *a fortiori* dite « féminine », reste peu étudiée.

Âgées de 47 à 69 ans, 6 des 7 mères recrutées sont nées avant la légalisation de la contraception en France, sous la loi Neuwirth (1967). Par contraste, leurs filles ont commencé à utiliser une pilule environ 45 ans après sa diffusion. En France, en 1988, le taux d'utilisation de la contraception orale chez les femmes est de 34 % (Toulemon et Leridon, 1991), tandis qu'il atteint 50 % en 2010 (Bajos *et al.*, 2014), pour retomber à 36 % en 2013 (Rahib *et al.*, 2017) des suites de « la crise de la pilule », tout en restant le moyen contraceptif le plus utilisé. Si en 1980 la pilule était prescrite en moyenne après trois ans de vie sexuelle (Rossier *et al.*, 2004), aujourd'hui il n'est pas rare qu'une première prescription précède un premier rapport sexuel (c'est le cas de la moitié des jeunes femmes suivies). Par ailleurs, le recours à une pilule comme contraception implique un suivi médical régulier et sur la durée, la norme du rendez-vous gynécologique annuel étant basée sur le renouvellement de la contraception orale.

Dans un premier temps, l'article sera consacré à l'étude de l'implication des mères lors du premier rendez-vous gynécologique (pouvant se corrélérer à une première prescription de contraception orale) de leurs filles. Ce moment biographique sera appréhendé comme un rite, à la fois pour les filles (rite de passage) et pour les mères (rite de passation). Dans un deuxième temps, il s'agira de montrer que les mères projettent leurs propres attentes sur les parcours contraceptifs et gynécologiques des jeunes femmes, qui se situent pourtant dans des temporalités biographiques bien différentes des leurs. En outre, les jeunes usagères étant dirigées vers les médecins de leurs mères, le secret médical est ainsi fragilisé. Dans un troisième temps, les rôles sexués des mères et des pères (dans l'éducation à la sexualité et à la contraception des filles et des fils) ainsi que des enfants (à travers leurs usages contraceptifs) seront questionnés.

Les résultats présentés dans cet article ont été obtenus grâce à une analyse des matériaux par codifications thématiques. En convoquant la sociologie du genre et la socioanthropologie politique de la santé, deux niveaux d'analyse ont principalement été mobilisés : l'étude des parcours contraceptifs individuels et l'impact des normes de genre sur les pratiques contraceptives et médicales. Afin de préserver l'anonymat des personnes enquêtées, leurs prénoms ont été remplacés par des pseudonymes.

Prendre la pilule : devenir une femme ? Rite de passage des filles, rituel de passation des mères

La figure de la mère : profane médicale, experte du soin

« *La figure de la mère* » se révèle une « *représentante incontournable de la surveillance* » de la sexualité de sa fille ou de ses filles (Clair, 2010, p. 322). Les sept mères rencontrées

légitime à la fois la norme du schéma contraceptif français⁴ (Gautier *et al.*, 2010) et un modèle médical dominant, en orientant leurs filles vers des médecins (plutôt que des sages-femmes) travaillant en structures libérales et usant d'une approche allopathique⁵ (Aïach et Fassin, 1992). Les modèles médicaux alternatifs sont dès lors exclus, que ce soit en termes de structures (comme les centres de planification), d'approches de soin (comme la naturopathie) ou encore de pratiques (par exemple, l'autoauscultation).

Les mères font partie des ressources privilégiées pour les jeunes usagères. Elles peuvent, tout d'abord, être à l'origine de la prise de pilule de leurs filles (pour cinq d'entre elles⁶) et le sont le plus souvent comme personne initiatrice exclusive. Si, *a minima*, les mères orientent leurs filles vers un ou une médecin⁷, d'autres formes d'investissement s'observent également. Cinq des sept mères rencontrées (Stéphanie, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air ; Michelle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière ; Yvonne, 63 ans, manutentionnaire retraitée ; Béatrice, 56 ans, Atsem ; Christine, 51 ans, fonctionnaire) ont déjà accompagné leurs filles en consultations, dont quatre (Michelle, Yvonne, Béatrice, Christine) étaient à l'initiative des prises de rendez-vous de leurs enfants. Michelle et Béatrice déclarent aussi avoir veillé à ce que les examens (notamment les analyses sanguines) soient réalisés et se préoccupaient de savoir si la prise de pilule était toujours compatible avec ces résultats.

Le deuxième investissement le plus fréquent est l'achat de la contraception orale des jeunes usagères. Christine et Michelle déclarent avoir acheté régulièrement la pilule de leurs filles, ce qui est également le cas de Béatrice qui se chargeait, en outre, de renouveler l'ordonnance de pilule de sa fille, lors de ses propres rendez-vous chez leur médecin commun. Yvonne

⁴ Trois méthodes contraceptives se succèdent généralement, selon l'évolution des parcours biographiques. Le préservatif est plutôt utilisé en début de vie sexuelle ou dans le cadre de relations nouvelles ou occasionnelles. Une pilule est utilisée lors d'une relation dite « stable ». Enfin, un dispositif intra-utérin est plus souvent posé lorsque le nombre d'enfant(s) souhaité est atteint.

⁵ Centrée sur la prescription de médicaments.

⁶ Il s'agit de 5 mères sur 17, qui ne font donc pas nécessairement partie des sept mères rencontrées.

⁷ Le premier rendez-vous médical dédié à la contraception, particulièrement lorsqu'il est initié par les mères, concerne la pilule à l'exclusion de tout autre moyen de contraception.

s'impliquait de la même manière, tout en alertant son enfant de la fin imminente de sa plaquette à renouveler prochainement et se rendait, de surcroît, disponible pour les achats de contraception d'urgence. Michelle, Christine et Yvonne déclarent également avoir joué un rôle actif dans le rappel de l'ingestion quotidienne de la pilule de leurs filles, particulièrement au début de son utilisation. Christine et Yvonne précisent qu'elles savent où est rangé le moyen contraceptif de leurs filles. En s'impliquant dans « *la ritualisation de la prise de contraception* » de leurs filles, les mères les « *rappellent* » ainsi « *à l'ordre de leur vertu* » (Clair, 2010, p. 328).

Pour les jeunes femmes (particulièrement celles qui ne sont pas pratiquantes), les mères apparaissent comme personnes ressources incontournables et elles ne remettent pas en question ce modèle naturalisant : « *Bon, j'aime pas lui parler directement de mes trucs à moi mais, au final, c'est ma mère, donc je finis toujours par lui en parler un peu* », déclare par exemple Ambre (25 ans, étudiante en anthropologie). La famille contemporaine étant à la fois productrice et consommatrice de soins, une grande partie des premiers savoirs contraceptifs et gynécologiques est donc transmise de manière matrilineaire (c'est-à-dire par les mères). Le contexte néolibéral et l'individualisation qu'il implique invitent à penser simultanément l'épanouissement personnel et la responsabilité individuelle. La possibilité de choix contraceptifs et les rappels médiatiques sur les questions de santé font que les mères et les pères sont conscientes et conscients de leurs responsabilités. Les mères sont à la fois actrices de prévention, de soins et de normes, sans nécessairement en mesurer l'impact (Amsellem-Mainguy, 2006). L'implication des mères représente, certes, une ressource en termes d'informations pour les jeunes femmes, mais elles peinent à sortir de la norme (re)produite par leurs mères, tant elles s'y fient (*ibid.*). Considérées comme « *profanes* » par les membres du corps médical, les mères sont vues comme « *expertes* » par leurs filles (*ibid.*, p. 58).

Un rite de passation : médicaliser la sexualité des filles

À l'origine de la prise de pilule pour cinq usagères et le plus souvent la personne initiatrice exclusive, les mères peuvent renforcer la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand, 2004), selon laquelle la pilule est au centre du panel contraceptif : « *Ma mère aussi elle m'a dit : "Ça serait bien que tu prennes la pilule." Tout le monde te dit qu'il faut que tu la prennes* », déclare Ambre (25 ans, étudiante en anthropologie). La majorité des usagères (neuf) a (eu) une ou un gynécologue en commun avec sa mère, dont sept ont déjà été accompagnées de cette parente lors d'un (premier) rendez-vous gynécologique (effectué chez une ou un gynécologue ou chez une ou un médecin généraliste). Dès lors, « *la consultation chez le gynécologue et la prise de pilule sont toujours associées à une confession à la mère* » (Clair, 2010, p. 327), ici à l'annonce d'un premier rapport sexuel (passé ou imminent) :

« Oh tout simplement, quand elle [sa fille] a voulu avoir des rapports, je l'ai amenée chez le docteur. Le généraliste qui lui a marqué la pilule. C'est elle qui m'a demandé. Elle avait, euh, 16 ans par là. C'est le moment où elle a connu [son premier partenaire]. »

[Christine, 51 ans, fonctionnaire, 6 octobre 2016.]

« Aussitôt qu'elle [sa fille] m'a dit qu'elle voulait avoir des rapports, on a tout de suite pris des précautions. [...] Quand elle est sortie avec un garçon, on a peut-être dû lui dire : "Pensez à prendre des précautions, on va aller chez la gynéco ensemble." »

[Béatrice, 56 ans, Atsem, 10 janvier 2017.]

« Le jour où elle [sa fille] m'a annoncé qu'elle avait un copain, j'ai dû lui dire de se protéger et de voir un médecin ou un gynéco. »

[Stéphanie, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air, 20 mars 2018.]

Le premier rendez-vous gynécologique, impulsé par les mères, accompagne l'entrée des jeunes femmes dans la sexualité. En effet, la prise du premier rendez-vous gynécologique est articulée autour d'un temps biographique précis : le premier rapport sexuel (sous-entendu pénétratif). La surveillance des mères se porte donc sur « *le corps pénétré* » des filles et

s'inscrit dans un « *rituel* » (Clair, 2010, p. 322). Dans ses travaux, Y. Verdier rend compte de différentes figures de femmes sollicitées selon les périodes de la vie, dans les années 1960-1970. Elle révèle ainsi que lorsque les jeunes femmes passent chez la couturière, elles en apprennent en réalité moins sur la couture que sur la sexualité. On peut ici faire une analogie entre la figure de la couturière et de la gynécologue (bien que l'objectif de la rencontre soit plus explicite avec la figure de cette professionnelle de santé). Il n'en reste pas moins que ce premier rendez-vous fait office de rite de passage dans la construction sociale de l'identité féminine : les jeunes filles deviendraient des femmes. Ces figures féminines ayant « *pour fonction d'aménager les étapes qui conduisent de la naissance à la mort* » (Verdier, 1997, p. 80), les mères interviennent ainsi au moment de l'entrée en sexualité de leurs filles. Les récits croisés d'Yvonne (une mère) et d'Andréa (sa fille) sont en ce sens tout aussi éclairants :

« Moi je leur avais dit [à ses filles] : "Dès que vous sentez que vous allez avoir des rapports ou quoi que ce soit, vous venez me voir." Je suis très ouverte avec mes filles. On se raconte tout. C'est moi-même qui les ai envoyées voir un gynécologue, donc on y est allées ensemble pour la première fois puisque, tant qu'il y avait pas de rapports, le gynécologue voulait pas la voir. En principe, c'est ça, tant qu'elles ont pas eu de rapport sexuel, le gynéco il touche rien, il regarde rien. Bon, ben, premier rapport c'était avec des préservatifs hein, bien sûr, et donc aussitôt j'ai pris rendez-vous avec le gynécologue que j'avais, que j'ai eu ici depuis des années. »

[Yvonne, 63 ans, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018.]

« [...] On va dire que j'ai perdu ma virginité j'avais 18 ans, ben direct après je suis allée voir le gynéco. J'ai vu le fameux gynéco qui m'a mise au monde. Il était très accueillant. On était tous ses bébés. [...] Il avait dit à ma mère : "Dès que vos filles elles ont un rapport sexuel, on leur fait le frottis." »

[Andréa, 26 ans, conseillère de vente, 23 février 2018.]

Empruntée au champ lexical des fleurs (« avoir perdu sa fleur »), l'expression de la « perte de la virginité » reste une étape significative dans la construction de l'identité des femmes (Verdier, 1997), alors même que son appréhension est critiquable, renvoyant à la norme de la

sexualité pénétrative pénovaginale (Thomé, 2019) et relevant davantage du mythe que de la réalité médicale (Winckler, 2014).

Le moment du (premier) rendez-vous gynécologique fait aussi office de rappel des normes (sexuelles et de genre), par ailleurs empreintes d'injonctions contradictoires : l'usagère doit échapper à la fois au stigmat de la « vierge » et de la « putain » (Clair, 2016) : « *Ça peut tomber très vite dans "je me mets en couple" à 15 ans, sans épanouissement. Aller à droite, à gauche n'est pas terrible non plus, il faut un juste milieu. [...] Il y a aussi la pression de coucher avec quelqu'un* », déclare la mère d'Ambre (Montserrat, 69 ans, anthropologue, 6 avril 2018), tout en indiquant au cours de ce même entretien que la gynécologue qu'elle a conseillée à sa fille était étonnée qu'elle n'ait pas encore eu de rapports sexuels à 17 ans.

Les mères endossent et transmettent à leurs filles un rôle de gestionnaire de la santé de la famille (Amsellem-Mainguy, 2006), sans nécessairement conscientiser la charge mentale que cela représente :

Yvonne : Moi je gère tout le monde. Que ce soit en gynécologie, que ce soit en dentiste, c'est moi qui prends les rendez-vous pour tout le monde, même si elles sont plus avec moi, c'est moi qui gère. Elles me disent : "Maman, si tu as cinq minutes, si tu peux prendre..." Et puis, comme on y va à peu près en même temps les unes et les autres, donc on a à peu près les rendez-vous en même temps. Aujourd'hui, parce qu'il [le gynécologue] est décédé, donc il a fallu qu'elles s'en prennent un autre, donc elle l'a pris plus près de chez elle. Mais sinon, oui, jusqu'à aujourd'hui, c'est moi qui me chargeais de prendre les rendez-vous et comme ça on arrivait toujours à se trouver l'une ou l'autre en même temps en rendez-vous. Puis, lui, il était content de nous voir, puisque c'est lui qui les avait accouchées, donc il était tout content de suivre ses petites filles, qui sont grandes maintenant.

Chercheuse : C'est du travail de gérer tous ces rendez-vous.

Yvonne : Oh non, non, non, les rendez-vous je les note comme si c'était pour moi, je leur donne les dates et tout aux filles, mais je les note, je me mets une alerte à moi pour leur faire penser qu'elles ont gynécologue ou qu'elles ont dentiste ou quoi que ce soit. Non, c'est pas... Non, c'est très bien, comme ça. »

[Yvonne, 63 ans, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018.]

« L'imbrication intime entre tâche et relation, dans les soins quotidiens à un jeune enfant par exemple, contribue à rendre ce travail invisible aux yeux mêmes de la plupart des mères. La bonne mère est celle qui fait face avec le sourire sans (trop) montrer la charge quotidienne qu'elle assume. »

[Cresson, 2006, p. 12.]

Ainsi, les mères peuvent également contrôler le lieu et la fréquence des rendez-vous de leurs filles, parfois au détriment des souhaits et des besoins de la principale intéressée : « *Ma mère, elle me prend rendez-vous tous les six mois [chez la gynécologue], moi je trouve ça trop* », confie Cyrielle (24 ans, manipulatrice en électroradiologie médicale).

Elles transmettent alors à leurs filles une socialisation au suivi gynécologique (Guyard, 2008 ; Koechlin, 2021) et, plus largement, au parcours médical sur le long terme. Stéphanie indique (20 mars 2018) « [être] *pour aller régulièrement faire contrôler tout : gynécologue, dermatologue, ophtalmo* », considérant qu'« *il ne faut pas attendre d'avoir un problème pour aller voir un spécialiste* » et « *l'inculque* » à sa fille Manon. Et d'ajouter : « *Moi je la tiens au courant de ce que je fais : j'ai plus de 50 ans, donc j'ai la mammographie. Le dermato pour les grains de beauté. Ophtalmo pour les problèmes de vue. Donc Manon est assez à cheval dessus aussi* » (Stéphanie, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air). Les mères inculquent alors à leurs filles un « *autocontrôle disciplinaire* » (Jarty et Fournier, 2019) de leurs corps.

Des gynécologues travaillant en clinique indiquent que les mères connaissent mieux les antécédents médicaux familiaux que leurs filles. Lorsqu'elles les accompagnent en consultation, les mères peuvent alors représenter une ressource à la fois pour leurs filles (le temps de se socialiser aux attendus de la consultation) et pour les praticiennes et les praticiens (à qui elles apportent les informations médicales nécessaires). Les mères prennent non seulement part à un rite de passage (pour leurs filles), mais elles sont également garantes d'une passation dans la consultation gynécologique en étant une figure relais entre les filles

et les gynécologues (l'exemple le plus frappant étant sans doute que le médecin qui a accouché Yvonne d'Andréa suit désormais la jeune femme). En étant assignées aux soins profanes dans la famille, les femmes réalisent en réalité un travail complémentaire à celui des membres du corps médical (Cresson, 2006).

« C'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman » :

accompagner les filles pour rassurer les mères

Des temporalités biographiques distinctes : le modèle médical des unes n'est pas celui des autres

Les mères ont le réflexe d'emmener leurs filles chez le médecin traitant de la famille ou chez leur propre gynécologue. Pourtant, la ou le médecin des unes ne convient pas nécessairement aux autres, comme le montre le récit d'une des mères :

« Y a pas eu, en tout cas, une approche pour Cyrielle [sa fille] vis-à-vis de ce spécialiste [une gynécologue] sur le côté premier contact, etc., y a pas eu du tout le même ressenti que moi j'avais eu avec cette personne, que je trouve chaleureuse, qui met vraiment en confiance. J'ai eu l'impression que [...] c'est pas passé. Et donc après, comme j'ai dit à Cyrielle, rien ne l'empêchait de trouver elle-même la personne qui lui allait, qui lui correspondait, en prenant, auprès de ses amies peut-être, des adresses. [...] Dans mon souvenir, ça s'est pas super bien passé, parce qu'elle était très angoissée, normal, et que moi j'avais adopté une position, comment dire, j'essayais justement de pas en rajouter en lui montrant mes propres inquiétudes ou angoisses et, en même temps, j'étais confiante aussi par rapport à la situation, [...] j'étais assez sereine on va dire. [...] Et cette position justement, je sais pas, c'est marrant, parce que Cyrielle peut-être, dans son excès d'angoisse, elle avait envie que je sois peut-être aussi dans le même état qu'elle, alors que justement ce jour-là je présentais une position plutôt apaisée [rire]. [...] Et le rendez-vous, justement avec la spécialiste, ben pareil, je crois qu'elle avait insisté pour lui dire que c'était pas la peine qu'elle s'inquiète [...] et je crois que ça a été le point de départ où elle s'est dit "je veux pas la même gynéco" que moi. [...]

Donc en y repensant, effectivement, peut-être que justement Cyrielle, et elle a dû me l'exprimer, c'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman. »

[Michelle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière, 24 janvier 2017.]

Les ressentis divergents entre mère et fille vis-à-vis d'une même professionnelle traduisent des attendus distincts. Par conséquent, les jeunes femmes peuvent manifester la volonté de s'émanciper du schéma médical proposé par leurs mères (« *c'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman* »), qui calquent leurs propres attentes sur les parcours de leurs filles.

Il est intéressant de poursuivre ici en confrontant les paroles de Michelle à celles de sa fille, Cyrielle, qui, d'une part, confirment le ressenti de sa mère et, d'autre part, témoignent de l'impact d'un contact difficile avec une soignante (celle de sa mère avant d'être la sienne) sur son parcours contraceptif :

« [...] Le rapport que j'ai avec ma gynéco, clairement il faut que je change. Parce qu'elle est... Je peux pas. Et du coup, elle en a jamais parlé non plus [des autres moyens contraceptifs]. [...] En fait, c'est la gynéco de ma mère à la base et je la trouve très conne. [...] Je trouve qu'elle soigne mal ma mère en fait. [...] Mais, tu vois, quand j'avais parlé pour mon sein, quand j'avais dit que j'ai mal, elle m'avait dit : "Mais non, y'a rien. Mais par précaution, je vais quand même vous prescrire une échographie." Et à l'échographie, ils m'avaient trouvé un truc. Donc j'ai dit : "Non, mais elle se fout de ma gueule, elle est complètement incompétente." [...] Je pense que je vais avoir des enfants d'ici cinq ans donc, normalement, d'ici cinq ans j'arrête ma pilule et après je pense que je réfléchirai au stérilet. Je reste sur ce modèle vieux où, après les enfants, tu mets un stérilet. C'est con parce que je suis sûre que si j'avais un gynéco qui me donnerait confiance au stérilet maintenant, je dirais : "Bon ben OK, on le fait." Sauf que voilà, j'ai pas de suivi gynéco qui fait que je pourrais penser à une autre contraception. »

[Cyrielle, 24 ans, manipulatrice en électroradiologie médicale, 14 octobre 2016.]

Mères et filles sont dans des étapes distinctes de leurs parcours biographiques et ont donc des besoins différents. Si, en ayant atteint le nombre d'enfants souhaité et en étant dans un

âge plus avancé, Michelle approuve l'approche de sa médecin, Cyrielle, quant à elle, manifeste son désir d'être informée des différentes méthodes contraceptives et d'avoir une gynécologue impliquée dans un suivi approfondi et sur la durée. Le statut des mères accompagnantes met donc en évidence des tensions entre leurs propres intérêts et ceux des filles : « *Il y a des conflits quand la mère a pris rendez-vous et que la fille ne voulait pas venir ou la fille demande à la mère de venir mais que la mère trouve la fille trop jeune* », explique une gynécologue travaillant en cabinet libéral (8 mars 2018).

Les praticiennes et les praticiens de santé ont alors parfois du mal à identifier les motivations des personnes accompagnantes en consultation, oscillant entre soutien et contrôle des principales intéressées.

Médecins de famille : de la (omni)présence maternelle à la fragilité du secret médical

Michelle reconnaît dans la suite de son entretien : « *Si, je suis peut-être intervenue [durant la consultation] parce que je pose des questions en général [rire]. Pour poser des questions, c'est sûr, parce que ça, c'est plus fort que moi* » (47 ans, gérante d'une agence immobilière, 24 janvier 2017). Les mères peuvent alors empiéter sur l'espace discursif de la consultation (et, par extension, sur le parcours médical, sexuel et contraceptif) des jeunes femmes : « *Y en a ouais, oui y a des jeunes filles qui viennent avec leur maman, des fois c'est, enfin souvent d'ailleurs, c'est la maman qui parle [petit rire] et qui dit : "Voilà, elle vient pour sa première pilule." Enfin, pour sa première contraception* », indique une médecin généraliste travaillant en cabinet libéral (10 novembre 2016). Les médecins doivent alors rassurer les mères (quant à la santé sexuelle de leurs filles), tout en s'assurant du consentement des jeunes femmes (quant à la présence des mères).

La Haute Autorité de santé (HAS) préconise en effet de recevoir à un moment donné les jeunes patientes « *sans [leurs] parents* » (2019, p. 2). Si les soignantes et les soignants indiquent plus aisément faire impérativement sortir de consultation les éducatrices et les éducateurs ainsi

que les infirmières accompagnantes (qui ne sont pas patientes et patients des structures consultées), elles et ils éprouvent plus de difficultés face aux mères. Le personnel de santé met alors en place des stratégies pour gérer cette intrusion. Des sages-femmes adaptent leur manière de mener la consultation : en demandant aux mères de se boucher les oreilles lors de l'interrogatoire ou en montrant à la jeune femme une question écrite sur un support plutôt que de l'énoncer oralement. Les gynécologues, quant à elles et eux, prétextent, par exemple, un examen des seins (ou profitent de ce moment parfois nécessaire) pour faire sortir les mères :

« Alors j'avoue que ça [la présence des mères], je gère pas très bien. Je gère pas très bien, parce que ça, c'est une question de timing en général, parce que les mères posent beaucoup, beaucoup de questions et que je peux pas faire une double consult'. [...] Souvent, les gamines, elles viennent voir et elles sont tremblantes de peur, elles sont mortes de trouille, donc en général elles viennent avec leur mère [...]. Et dans le cadre où les mères sont vraiment très envahissantes et que je sens qu'il y a du non-dit, je les fais sortir en disant : "Je vais examiner votre fille." En fait, je les pèse et éventuellement, pour donner une excuse, j'examine les seins, mais c'est tout. Ou tension et poids, mais c'est tout. Je les fais sortir, mais y en a qui sont... faut s'accrocher. »

[Une gynécologue, cabinet libéral, 7 décembre 2016.]

La formation médicale ne propose pas d'outils permettant la gestion de la présence des personnes accompagnantes. Par conséquent, les praticiennes et les praticiens recourent à ces scénarios ou « scripts » (Bozon et Giami, 1999 ; Le Feuvre et Lapeyre, 2005) de consultation bricolés (consensus dans la répartition de la parole, examen moins pour raison médicale que stratégique) qui favorisent la fragilité du secret médical dans les consultations réalisées auprès des médecins de famille. S'il est donc courant que les usagères aient pour (souvent première) gynécologue celle de leurs mères (même si elles ne les accompagnent pas aux rendez-vous), au moins deux des jeunes interlocutrices ont changé de médecin car elle divulguait des informations les concernant à leurs parentes. La gynécologue d'Elia (24 ans, infirmière) a révélé à sa mère que sa fille fumait et la gynécologue d'Aurore (23 ans,

étudiante en service social) a raconté à sa mère que sa fille avait une mycose, due à un rapport non protégé, ce qui n'était en réalité pas le cas. À l'inverse, au cours des observations en clinique, une patiente divulguait des informations à la gynécologue sur une autre usagère qui s'avérait être sa belle-sœur, également patiente de cette même praticienne. Pourtant, la confidentialité et les relations de confiance sont des éléments essentiels de la qualité de la santé sexuelle et reproductive (López Gómez *et al.*, 2019).

« Histoires de filles », « affaires de femmes » : rôles sexués

Mères impliquées, pères délégués

Pour autant, il ne s'agit absolument pas de blâmer les mères. L'absence des pères dans l'éducation à la contraception est à questionner. Christine (51 ans, fonctionnaire) et Montserrat (69 ans, anthropologue) ont assumé seules l'éducation (y compris sexuelle) de leurs filles, les pères étant absents (temporairement ou définitivement). En outre, le rôle des mères et des pères dans l'éducation et celui des enfants dans la gestion de la contraception est sexué. Les pères sont renvoyés à la compétence, tandis que les mères sont, en miroir, réduites à leur « classe de sexe » (Guillaumin, 1978) :

« Lui [le père], c'est la mécanique. Le reste, c'est des histoires de filles. Il est pas obtus mais il va pas savoir. C'est une affaire de femmes. Moi je lui expliquerai pas la mécanique à Manon [sa fille]. »

[Stéphanie, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air, 20 mars 2018.]

Si les mères restent gestionnaires de la santé de la famille, les pères semblent plus enclins à s'occuper de leurs fils que de leurs filles et davantage en termes de prévention d'infections sexuellement transmissibles (IST) plutôt que de grossesses non prévues (GNP). À ce titre, Stéphanie indique : « *Mon mari m'a dit : "Quand Manon aura l'âge, tu t'en occuperas et moi je m'occuperai du fiston."* » (20 mars 2018). Michel (27 ans, dessinateur industriel), l'un des

partenaires rencontrés, mentionne l'implication ponctuelle de son père au début de sa vie sexuelle et de son parcours contraceptif :

« Au début, c'est mon père qui avait remarqué, moi j'avais même pas remarqué mais lui avait remarqué que je plaisais à une fille par exemple, et il m'avait proposé donc un préservatif, mais vraiment en prévention, en discutant avec moi. Et après, ma mère, la seule chose qu'elle a fait, elle m'a jamais donné de préservatif, mais elle m'a dit : "Fais attention." [...] C'est mon père qui s'est tourné vers moi, lui il m'en a donné un, que je pense qu'un organisme lui avait donné. Il m'expliquait qu'il y avait même une date de validité, etc., que c'était important et tout. Il avait fait ça plus ou moins bien, à sa manière, mais bien quand même. »

[Michel, 27 ans, dessinateur industriel, 8 octobre 2016.]

De même, Béatrice (56 ans, Atsem) déléguait à son mari l'achat de préservatifs pour les enfants. Béatrice dit n'en avoir jamais utilisé *et donc* n'en avoir jamais parlé à ses filles. Cela illustre l'impact des parcours contraceptifs des mères sur les informations qu'elles vont fournir aux jeunes femmes. Tout comme les membres du corps médical (Roux *et al.*, 2017), les mères vont en effet avoir tendance à renvoyer les filles vers les moyens contraceptifs qu'elles ont elles-mêmes déjà expérimentés. En miroir, elles ne les dirigeront pas vers une méthode à usage dit « masculin » :

« D'ailleurs, pour te raconter une anecdote, ma fille aînée, elle a été malade, bon y a quelques années, et puis elle me dit : "Est-ce que vous pourrez aller me faire des courses ?" Bon, on y va et donc je regarde la liste [...], elle me disait qu'il lui fallait du fromage, du machin, des préservatifs. Ah. Ah ben j'ai dit : "Tiens, en voilà une idée." Avec le fromage, j'avais les préservatifs. Je me rappelle très bien avoir dit à [son mari] : "Écoute, moi, je ne suis pas très douée pour les préservatifs." [...] Je n'en ai pas beaucoup utilisé. Je lui ai dit : "Tu vas aller au rayon les acheter toi-même pour [leur fille aînée], parce que moi je n'y connais rien." »

[Béatrice, 56 ans, Atsem, 10 janvier 2017.]

Archibald (49 ans, avocat), seul père interviewé (car présenté comme impliqué par sa fille Aurore), est aussi le seul parent se déclarant investi dans l'achat de préservatifs pour sa fille

(et l'a, y compris avec la mère de sa fille, réapprovisionnée régulièrement en contraception quand la famille vivait entre l'Inde et la France). « *La meilleure contraception, pour le père de famille que je suis, c'est de dire : "Mettez un préservatif, parce qu'au moins en même temps ça protégera contre les maladies sexuellement transmissibles."* », dit-il. Par ailleurs, il ne s'implique pas dans les rendez-vous gynécologiques d'Aurore : « *Non. Et elle a pas souhaité. Ça c'est plutôt une histoire de femmes* » (12 janvier 2017). Il ne lui a pas conseillé de gynécologue, mais précise qu'il en connaissait un « *du temps de [s]on ex* » qu'il avait déjà accompagnée en rendez-vous : « *J'écoutais vaguement et j'avais rien à dire de plus.* » Il n'a, en outre, lui-même jamais discuté de contraception avec un médecin (ce schéma se retrouve d'ailleurs chez l'ensemble des partenaires des jeunes femmes suivies).

Mères ou sœurs : féminisation globale des transmissions

Pour autant, les mères ne sont pas nécessairement dispensées des tâches auxquelles s'adonnent parfois les pères, tandis que l'inverse ne se vérifie pas. En effet, les mères peuvent aussi éduquer l'ensemble de leurs enfants (filles et garçons) à la sexualité et à la contraception, mais de manière différenciée. Les filles sont responsabilisées en termes de GNP et les garçons le sont face aux IST :

« Je crois que c'est moi... Si y avait quelqu'un à parler de tout ça, je crois que c'était moi. Je suis très ouverte à tout, donc pour eux [ses fils], je leur disais : "Si t'as un souci, tu m'en parles ou voilà." Mais bon, à première vue, ils en ont pas eus, j'ai pas souvenir qu'ils en aient eus. On aborde rarement ce genre de discussion avec un garçon. Non, c'est plus question de préservatif, rapports avec d'autres personnes, mais bon, voilà, on leur dit de faire attention, de prendre ce qu'il faut. Mais c'est tout. [...] Donc après, je pense que si y en avait un qui avait eu un souci ou quoi que ce soit, il m'en aurait parlé, mais j'ai pas souvenir qu'il y en ait un qui m'ait dit quoi que ce soit. [...] Mais même pour les garçons, je sais que mes garçons n'aimaient pas aller chercher les préservatifs à la pharmacie, c'est moi qui allais les chercher ou qui leur prenais en magasin. »

[Yvonne, 63 ans, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018.]

Si Yvonne s'est impliquée dans l'achat de la contraception de ses fils, les pères ne semblent pas acheter la contraception orale de leurs filles, à l'exception de celui d'Aurore. Dans tous les cas, les jeunes femmes sont dirigées chez les médecins pour prévenir toute GNP, tandis que les garçons ne sont pas invités à consulter, que ce soit face au risque d'IST ou à la responsabilité d'une GNP.

L'éducation à la sexualité et à la contraception est une tâche largement féminisée, y compris les rares fois où elle n'incombe pas aux mères. Lili (57 ans, retraitée de La Poste), protestante pratiquante, ne pense pas que sa fille Emma ait discuté de contraception avec son père et délègue ce rôle à d'autres femmes de la famille : « *Elles en ont peut-être discuté entre sœurs. Peut-être avec sa petite sœur qui se l'est fait prescrire.* » Lili a d'ailleurs préconisé à cette dernière de se faire conseiller par son autre fille, Emma, car, « *Moi, ça fait longtemps que je la prends plus [la pilule]* » (28 janvier 2018). Dans les familles pratiquantes, tout se passe comme si les sœurs palliaient le rôle des mères observé dans les autres familles, comme le montrent ces extraits d'entretiens :

« Après, ma mère, je sais pas si c'est parce que c'est sa mentalité. Avec ses parents, ça fonctionnait pas comme ça, donc c'est vrai que, elle, quand je lui ai dit déjà que je prenais la pilule, elle était pas trop d'accord, parce que du coup ça voulait dire que j'avais des rapports sexuels avant d'être mariée. [...] En fait, c'est juste ma sœur au niveau de ma famille. Et moi, j'en ai discuté avec ma petite sœur, qui est pas si petite que ça, qui a 23 ans. Je lui ai dit les moyens de contraception que je connais et la base, oui, le préservatif. Je lui ai parlé un peu de la pilule du lendemain au cas où. »

[Dévi, 28 ans, technicienne en gestion du personnel, issue d'une famille hindouiste, 14 novembre 2016.]

« C'est ma sœur qui a eu un souci, elle a eu un copain aussi pareil et ils ont eu une... [...] Elle a dû avorter. Et c'est vrai que, sur le coup, on s'est tous dit, moi et elle, parce que on n'avait pas vraiment parlé de ça avec notre mère, c'est pas trop dans... C'est un peu tabou, c'était un peu tabou pour nous. Donc on a appris toutes seules avec les événements. »

[Vaani, 30 ans, sans emploi, issue d'une famille hindouiste, 30 juin 2016.]

« Après, c'est très tabou chez nous, ma famille est musulmane, donc parler de sexualité, c'est très compliqué. Après, j'ai une sœur avec qui je suis très très proche, donc au niveau de ça, je lui ai posé beaucoup de questions. »

[Lisa, 29 ans, assistante de gestion, issue d'une famille musulmane, 7 février 2018.]

Les discussions sur la sexualité et la contraception se font surtout entre femmes et notamment entre mères et filles, mais aussi entre sœurs. Les filles ont davantage tendance à se tourner vers leurs parents que les garçons et les mères parlent davantage de ces sujets avec leurs filles que les pères, endossant le « rôle primordial donné aux femmes dans le champ de la santé » (Amsellem-Mainguy, 2006, p. 53). Finalement, les hommes restent responsables uniquement en termes d'IST (les pères dans l'éducation de leurs fils et les fils avec l'usage du préservatif) tandis que, si les femmes le sont davantage en termes de GNP (les mères par l'éducation de leurs filles et les filles par l'usage de la pilule), de façon naturalisante, ces parentes peuvent aussi endosser l'ensemble de ces tâches. Pourtant, si les mères se font relais entre leurs filles et le monde médical, elles peuvent également être une ressource pour contourner l'autorité (para)médicale, notamment lorsque le personnel de pharmacie ne délivre plus systématiquement la contraception orale de leurs filles aux mères, en cas d'ordonnance défailante (c'est-à-dire dépassée ou absente) [Fonquerne, 2021a].

Conclusion

Cet article a interrogé, d'une part, la nature de l'implication des mères et ce que cela traduit en termes de normes de genre. D'autre part, il s'agissait de savoir en quoi les mères pouvaient représenter tant une ressource en consultations gynécologiques qu'un biais à l'émancipation des usagères.

Dans le milieu social étudié, les mères orientent les jeunes femmes vers la consultation gynécologique au moment d'un premier rapport sexuel (pénétratif). Le premier rendez-vous

gynécologique marque alors, à l'image d'un « *rituel* » (Bozon, 2005, p. 118-119), l'entrée dans une sexualité normée, c'est-à-dire une "bonne" sexualité, qui se veut médicalisée, disciplinée, morale (Foucault, 1984) et donc, ici, contraceptée.

Pourtant, les attentes envers le monde gynécologique dépendent de chaque temps biographique. En ce sens, l'implication des mères questionne l'émancipation des jeunes femmes, en ce que ces parentes participent à réaffirmer des principes de l'ordre de genre : les mères transmettent à leurs filles un rôle de gestionnaire de la santé assigné aux femmes (Amsellem-Mainguy, 2006) et les éduquent à une sexualité suivie et maîtrisée. Pour autant, les jeunes femmes usent d'une capacité d'agir, notamment en dosant l'implication des accompagnantes (en sollicitant ou non les mères comme soutien) et en opérant des réajustements au sein de leur parcours médical au besoin (en se détournant de la ou du médecin de famille).

Bien que les mères puissent représenter une ressource dans le cadre des premiers rendez-vous gynécologiques de leurs filles (pour les membres du corps médical en les renseignant sur les antécédents médicaux familiaux et pour les usagères en les accompagnant), leur présence en consultations vise surtout à se rassurer elles-mêmes. Face à la perspective de la sexualité active de leurs filles et face à la crainte qu'elles soient exposées à un risque de GNP, les mères projettent des injonctions contradictoires sur les usagères : être contraceptées mais à moyen terme et en privilégiant une méthode dont l'efficacité repose sur l'observance (une pilule plutôt qu'une méthode ayant une efficacité de long cours). Si, de cette manière, les mères envisagent un futur projet de grossesse pour leurs filles, on peut aussi supposer qu'elles préservent leur réputation (Guyard, 2008, p. 205) en s'assurant que leurs filles ne soient pas enceintes avant un âge de maternité socialement acceptable selon la « norme procréative »⁸ (Bajos et Ferrand, 2006).

⁸ Norme selon laquelle l'arrivée d'une ou d'un enfant doit se faire dans de « bonnes conditions », c'est-à-dire lorsque les partenaires, particulièrement les femmes, sont en union stable et ont un emploi stable.

La deuxième vague féministe semble avoir fait son œuvre en attribuant un héritage commun aux femmes sollicitées. En effet, les transmissions matrilineaires en matière de contraception et de santé sexuelle se révèlent relativement nouvelles, étant donné que les mères elles-mêmes n'ont pas bénéficié de cet échange avec leurs propres parentes. Par ailleurs, il serait vain d'appréhender les transmissions autour de la contraception comme à sens unique, puisque les mères jouissent d'une « *socialisation à rebours* » (Masclat, 2015, p. 63), par exemple lorsqu'elles ont été mises au courant de « la crise de la pilule » par les principales intéressées (leurs filles). Dans la continuité des revendications féministes des années 1970, les (jeunes) femmes manifestent de nouvelles aspirations, notamment lorsqu'elles dénoncent, particulièrement depuis le début des années 2010, les violences gynécologiques (Fonquerne, 2021b).

Références bibliographiques

Aïach P., Fassin D. (dir.), 1992, *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Espace européen.

Amsellem-Mainguy Y., 2007, *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*, thèse de doctorat en sociologie sous la direction de F. de Singly, université Paris 5 René-Descartes.

Amsellem-Mainguy Y., 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.

Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C., équipe Fécond, 2014, La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?, *Population & sociétés*, vol. 511, n° 5, p. 1-4.

Bajos N., Ferrand M., Andro A., 2008, La sexualité à l'épreuve de l'égalité, in Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 545-575.

Bajos N., Ferrand M., 2006, L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative, *Sociétés contemporaines*, vol. 61, n° 1, p. 91-117.

Bajos N., Oustry P., Leridon H., Bouyer J., Job-Spira N., Hassoun D., équipe Cocon, 2004, Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France, *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 479-502.

Bajos N., Ferrand M., 2004, La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine, *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, p. 117-142.

Bard C., 2012, *Les féministes de la deuxième vague*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Beaud S., 1996, L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour « l'entretien ethnographique », *Politix*, vol. 9, n° 35, p. 226-257.

Bereni L., Chauvin S., Jaunait A., Revillard A., 2012, *Introduction aux études sur le genre*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.

Bertaux D., 1997, *Les récits de vie*, Paris, Nathan, coll. « 128 ».

Bozon M., 2005, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin.

Bozon M., Giami A., 1999, Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir. Présentation de l'article de John Gagnon, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 128, n° 3, p. 68-72.

Clair I., 2016, La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique, *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 1, p. 45-70.

Clair I., 2010, France. Des filles en liberté surveillée, dans les espaces ruraux et périurbains aujourd'hui, in Blanchard V., Revenin R., Yvrel J.-J. (dir.), *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècles)*, Paris, Autrement, p. 321-329.

Cresson G., 2006, La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle, *Recherches familiales*, vol. 3, n° 1, p. 6-15.

Desjeux C., 2009, *Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions*, thèse de doctorat en sociologie sous la direction de C. Castelain-Meunier, École des hautes études des sciences sociales, Paris.

Fine A., Moulinié V., Sangoï J.-C., 2009, De mère en fille. La transmission de la fécondité, *L'Homme*, vol. 191, n° 3, p. 37-76.

Fonquerne L., 2021a, Être (re)connue dans la pharmacie : délivrance d'une contraception « en crise » en France et contournement de l'autorité (para)médicale, *Enfances, familles, générations*, n° 38, p. 1-22.

Fonquerne L., 2021b, « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! » Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception, *Santé publique*, vol. 33, n° 5, p. 663-673.

Foucault M., 1984, *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard.

Gautier A., Kersaudy-Rahib D., Lydié N., 2013, Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. Entre avancées et inégalités, *Agora débats/jeunesses*, vol. 63, n° 1, p. 88-101.

Gautier A., Kersaudy-Rahib D., Lydié N., 2010, Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans, in Beck F., Richard J.-B. (dir.), *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé*, Paris, Inpes, p. 145-157.

Guillaumin C., 1978, Pratique du pouvoir et idée de nature. L'appropriation des femmes, *Questions féministes*, n° 2, p. 5-30.

Guyard L., 2008, *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*, thèse de doctorat en sociologie sous la direction de M. Segalen, université Paris 10 Nanterre.

Haute Autorité de santé (HAS), 2019, *Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG)*, www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf (consulté le 23 août 2020).

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2016, *POP T6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2017*, www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1 (consulté le 8 octobre 2020).

Jarty J., Fournier T., 2019, "Healthy Children, Healthy Nations." Discipliner les corps reproducteurs pour la santé de qui ?, *Enfances, familles, générations*, n° 33, p. 1-23.

Koechlin A., 2021, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, thèse de doctorat en sociologie sous la direction de T. Pillon, université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Le Feuvre N., Lapeyre N., 2005, Les « scripts sexués » de carrière dans les professions juridiques en France, *Knowledge, Work & Society*, vol. 3, n° 1, p. 102-125.

Le Guen M., Ventola C., Bohet A., Moreau C., Bajos N., 2015, Men's Contraceptive Practices in France. Evidence of Male Involvement in Family Planning, *Contraception*, vol. 92, n° 1, p. 46-54.

López Gómez A., León I., El equipo del proyecto Calidad SSR, 2019, *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva*, Facultad de psicología, Universidad de la República Uruguay, https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2019-07/Calidad%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20sexual%20y%20reproductiva.pdf (consulté le 15 août 2019).

Masclat C., 2015, Le féminisme en héritage ? Enfants de militantes de la deuxième vague, *Politix*, vol. 109, n° 1, p. 45-68.

Rahib D., Le Guen M., Lydié N., 2017, Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent, Santé publique France, *Baromètre santé 2016. Contraception*, Santé publique France www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent (consulté le 13 décembre 2022).

Rossier C., Leridon H., équipe Cocon, 2004, Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000, *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 449-478.

Roux A., 2020, « Par amour des femmes » ? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)*, thèse de doctorat en sociologie sous la direction de N. Bajos et I. Löwy, École des hautes études en sciences sociales, Paris.

Roux A., Ventola C., Bajos N., 2017, Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France, *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 3, p. 41-70.

Rouzaud-Cornabas M., 2019, « Alerte à la pilule. » *Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre*, thèse de doctorat en santé publique, option sociologie, sous la direction de N. Bajos et D. Bénomouzig, université Paris-Saclay.

Thomé C., 2019, *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 sous la direction de M. Bozon, École des hautes études en sciences sociales, Paris.

Toulemon L., Leridon H., 1991, Vingt années de contraception en France : 1968-1988, *Population*, n° 4, p. 777-811.

Verdier Y., 1979, *Façons de dire, façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.

Watkins E. S., 1998, *On the Pill. A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*, Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press.

Winckler M., 2014, *L'hymen, mythes et réalités. Rappels anatomiques et réflexions éthiques*, www.martinwinckler.com/L-hymen-mythes-et-realites-rappels-anatomiques-et-reflexions-ethiques (consulté le 13 décembre 2022).