

Conférence de presse

Institut national d'études démographiques (Ined)

Jeudi 19 juin 2008 – 9h30-10h30

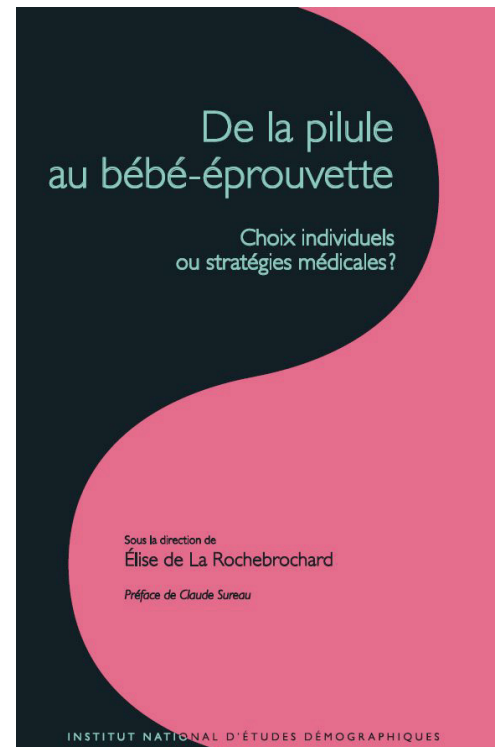
**Salle Sauvy (1^{er} étage)
133 boulevard Davout
75020 Paris**

De la pilule au bébé éprouvette

Choix individuels ou stratégies médicales ?

sous la direction de Élise de La Rochebrochard

Paris, 264 p., 2008, en vente en librairie ou à l'Ined à partir
du 26 juin



On assiste depuis le XIX^e siècle à un important processus de médicalisation des sociétés occidentales. Le champ d'action du médical s'étend chaque jour davantage vers de nouveaux domaines : la douleur, l'alimentation, le sommeil, les difficultés scolaires... Au sein de ce processus, la reproduction offre un champ d'études particulièrement riche : le médical s'y est imposé comme un moyen incroyablement efficace pour « maîtriser » une reproduction qui semblait jusque-là marquée par le destin, la mort rodant autour du berceau et de la femme en couches ; les enfants arrivant ou non (qu'ils soient souhaités ou pas).

C'est autour de la naissance que le médical marque sa première et plus spectaculaire victoire en permettant une division par 100 des risques de mortalité maternelle liés à l'accouchement. Puis les progrès médicaux permettent la mise au point de méthodes contraceptives dont l'efficacité a conduit à une véritable planification des naissances. Ils ouvrent la voie au développement de dépistages et de diagnostics prénataux qui font chuter le risque pour un enfant de naître avec une malformation, et ont permis l'émergence de traitements et techniques offrant à des couples inféconds la possibilité d'avoir un enfant. Plus récemment, l'apparition d'une petite pilule bleue (Viagra®) visant à stimuler la sexualité des hommes marque l'entrée manifeste du médical dans la sexualité. La médecine a ainsi désormais une place incontournable dans nos vies reproductives et sexuelles. En France, un tiers des naissances sont médicalement déclenchées, 92 % des femmes en âge reproductif ne désirant pas d'enfant et sexuellement actives, utilisent un moyen contraceptif médical (dont la pilule dans 66 % des cas – le stérilet pour 23 %) et 5 % des naissances françaises sont obtenues par le biais d'un traitement médical, dans un tiers des cas, grâce à une fécondation réalisée en laboratoire, *in vitro*. De la pilule au bébé-épiprouvette, le médical semble donc offrir aux femmes et aux hommes du XXI^e siècle les moyens d'être les maîtres de leur destinée reproductive et sexuelle, un monde où tout serait devenu « rose ».

Traditionnellement, le médical place les individus en situation de passivité, de patient. Dans le domaine de la reproduction et de la sexualité, domaine intime et privé, il est nécessaire de s'interroger sur la position des hommes et des femmes : restent-ils, face aux avancées médicales, des patients qui subissent ou sont-ils devenus des acteurs à part entière du processus de médicalisation ?

Trois axes de réflexion :

- Sommes-nous tous égaux face la médicalisation de la vie reproductive et sexuelle ? Infécondité, naissance d'un enfant, prévention de la transmission mère-enfant du VIH, sexualité : existe-t-il des inégalités sociales, géographiques ou de genre ?
- Entre choix individuels et stratégies médicales, comment l'équilibre s'opère-t-il dans des situations touchant aussi bien la contraception, l'interruption d'une grossesse, le dépistage et diagnostic prénatal ou la prise en charge d'une infection sexuellement transmissible ?
- Comment est vécue, par les femmes et par les hommes, l'entrée dans leur intimité de la sphère médicale et de ses intervenants lorsqu'ils sont confrontés à une grossesse extra-utérine, à des examens et des traitements lourds (tel qu'un spermogramme ou un traitement de fécondation *in vitro*) pour mener à bien leur projet d'enfant ?

Élise de La Rochebrochard (Ined/Inserm) présentera les grands résultats de cette recherche. Puis Caroline Moreau (Inserm) et Annie Bachelot (Inserm) développeront plus spécifiquement les résultats obtenus dans le domaine de la prise en charge de l'infécondité : y a-t-il une sur-médicalisation de l'infécondité avec des consultations très (trop ?) précoce des couples ? Cette médicalisation varie-t-elle selon l'âge, les caractéristiques sociales, du couple, etc ? Une fois l'infécondité prise en charge médicalement, en particulier lors des traitements par fécondation *in vitro*, comment les femmes, les couples vivent-ils ce traitement souvent décrit comme un véritable parcours du combattant ? Dans ce cadre hautement technique, quelles stratégies développent-ils pour mener à bien leur projet d'enfant ?



Contact presse : Dominique Paris
e-mail : paris@ined.fr ; tél. : 01 56 06 20 37

Contact auteur : roche@ined.fr

INED – 133 boulevard Davout – 75020 Paris
Métro : porte de Montreuil ou porte de Bagnolet

Table des matières

Préface • Le rose et le noir

Claude Sureau ————— 21

La découverte de l'auscultation du cœur fœtal ————— 21

Un tournant jurisprudentiel ————— 22

De la santé fœtale à la santé maternelle ————— 23

L'éventualité d'un tel « conflit d'intérêt » ————— 23

*La maîtrise des douleurs de l'accouchement
et de l'angoisse qu'elles génèrent* ————— 23

Une demande nouvelle adressée au corps médical ————— 24

Une nouvelle étape ————— 25

Vers un nouveau risque, l'exigence ————— 25

Une interrogation fondamentale ————— 26

Liste des sigles utilisés dans l'ouvrage ————— 28

Chapitre 1 • Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ?

Élise de La Rochebrochard, Henri Leridon ————— 29

I. La médicalisation : de la démographie à la santé publique ————— 30

1. *Aux origines, une approche démographique* ————— 30

2. *Extension sociologique et technologique* ————— 31

3. *Diffusion par des programmes de santé publique* ————— 32

4. *« La santé, c'est le bonheur »* ————— 32

II. La médicalisation de la vie reproductive ————— 33

1. *La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement* ————— 33

2. *La médicalisation du contrôle des naissances* ————— 34

3. *La médicalisation de l'infertilité* ————— 36

4. *La médicalisation de la sexualité* ————— 39

5. *Et pour conclure, une médicalisation du vocabulaire* ————— 41

III. La médicalisation : un processus qui transforme le patient en acteur de santé ?	42
1. Vision « rose » ou « noire » de la médicalisation	42
2. Le patient « gardien » de sa santé et le « patient-sentinelle »	44
3. Le patient « auto-soignant »	46
4. Démédicalisation ou fin du processus de médicalisation ?	48
Conclusion	48
Références bibliographiques	49

PREMIÈRE PARTIE

Tous égaux face à la médicalisation ?

Chapitre 2 • Qui choisit de médicaliser une infécondité ?

Rémy Slama, Caroline Moreau, Alfred Spira —————61

I. Un développement important de l'aide médicale à procréer —————61

II. L'étude de la fertilité à Beaumont-Hague et Saint-Brieuc —————63

1. Une enquête téléphonique sur l'histoire reproductive —————63

2. Un modèle de survie pour étudier le délai avant consultation médicale —————64

III. Quand décide-t-on de consulter pour infécondité ? —————65

1. Près d'un couple nulligeste sur deux consulte dès la première année d'infécondité —————65

2. Un recours médical moins fréquent parmi les couples non nulligestes —————66

3. Des couples de plus en plus impatients ? —————67

4. Des couples plus impatients ou moins résignés ? —————69

IV. Les déterminants du recours à l'assistance médicale —————70

1. La médicalisation : une réponse aux incertitudes physiologiques —————70

2. Pas d'association nette avec les facteurs démographiques ou comportementaux —————72

3. Un recours aux soins qui dépend du niveau d'instruction —————73

Conclusion —————73

Références bibliographiques —————75

Annexes —————78

Chapitre 3 • L'accès à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en France <i>Carine Jasseron, Josiane Warszawski, pour l'équipe ANRS-EPF</i>	81
I. Grossesse et VIH en France : la part croissante des femmes originaires d'Afrique subsaharienne	81
II. L'origine géographique dans l'Enquête périnatale française (EPF)	83
III. Retard au dépistage du VIH et à la prise en charge de la grossesse	85
IV. Fréquence et évolution des stratégies non-conformes aux recommandations	86
1. Absence ou retard à l'initiation du traitement antirétroviral pendant la grossesse	87
2. Monothérapie non indiquée	87
3. Modalités d'accouchement et prophylaxie néonatale inadaptées	88
V. Diffusion de la multithérapie et indétectabilité de la charge virale en fin de grossesse	89
Conclusion	89
Références bibliographiques	91
Annexes	93
Chapitre 4 • Le choix d'une maternité dépend-il de contraintes sociales et géographiques ? <i>Jennifer Zeitlin, Hélène Charreire, Évelyne Combier, Hugo Pilkington, Lucille Rivera, Bernard Topuz</i>	97
I. L'accessibilité géographique des maternités en France	97
II. Une enquête en Seine-Saint-Denis	99
III. Où accouchent les femmes vivant en Seine-Saint-Denis ?	100
IV. La distance n'a pas la même valeur pour toutes les femmes	106
Conclusion	109
Références bibliographiques	110
Annexe	112

Chapitre 5 • Quand la science du sexe vient buter sur le genre	
<i>Alain Giami</i> —————	113
I. Penser les sexualités masculine et féminine —————	113
II. De la sexualité à la fonction sexuelle —————	115
III. Un développement inégal des recherches sur l'homme et la femme —————	116
IV. Échelles d'évaluation de la fonction sexuelle —————	117
1. <i>La fonction érectile : une réduction de la fonction sexuelle de l'homme</i> —————	118
2. <i>La fonction sexuelle de la femme : une fonction psychologique ?</i> —————	118
V. La psychologie pour les femmes et la physiologie pour les hommes ? —————	119
Références bibliographiques —————	123

DEUXIÈME PARTIE

L'individu et son médecin : qui décide ?

Chapitre 6 • Choisir une contraception : de la connaissance médicale à la norme procréative	
<i>Caroline Moreau, Nathalie Bajos et l'équipe Cocon</i> —————	129
I. Le paradoxe contraceptif français —————	129
II. L'enquête Cocon —————	131
1. <i>Les données de l'enquête</i> —————	131
2. <i>Le questionnaire</i> —————	132
III. Distance sociale et prescription contraceptive —————	132
IV. Le médecin : acteur social garant de la norme procréative —————	133
V. Contexte d'exercice et logiques de prescription —————	137
VI. Représentations profanes et médicales dans le choix d'une contraception —————	138
Conclusion —————	139
Références bibliographiques —————	139

Chapitre 7 • Le choix de la technique d'avortement en France à la fin des années 1990	
<i>Clémentine Rossier, François Michelot, et l'équipe Cocon</i>	143
I. L'enquête Cocon	145
II. Les femmes choisissent-elles leur méthode d'IVG ?	147
1. <i>Un choix encore limité de la méthode d'IVG</i>	147
2. <i>Le poids du capital social de la femme</i>	148
3. <i>Le poids de la qualité des services offerts par les structures médicales</i>	148
III. Logiques de choix et logiques de prescription médicale	152
1. <i>Le choix de la méthode médicamenteuse par les femmes</i>	152
2. <i>Le choix de la méthode médicamenteuse par le médecin</i>	153
IV. Le vécu de l'IVG selon le contexte de choix	154
Conclusion	156
Références bibliographiques	157
Chapitre 8 • Dépistage et diagnostic prénatal : des choix aux arbitrages complexes	
<i>Valérie Seror</i>	159
I. Les enjeux de la prise de décision	160
1. <i>Dépistage et diagnostic prénatal de la trisomie 21 : de quoi s'agit-il ?</i>	160
2. <i>Une décision complexe à prendre rapidement</i>	161
II. Les conditions de l'autonomie des femmes dans la prise de décision	162
1. <i>La régulation publique en matière d'information à délivrer</i>	162
2. <i>La relation médecin-patient dans la prise de décision</i>	163
III. Décisions et attitudes des femmes enceintes face à la séquence des choix	164
1. <i>Décisions effectives des femmes</i>	164
2. <i>Attitudes des femmes</i>	168
Conclusion	169
Références bibliographiques	170
Annexe	172

Chapitre 9 • Infection sexuellement transmissible : qui informe les partenaires ?	
<i>Josiane Warszawski, Elisabeth Couturier, Evelyne Ribert, Laurence Meyer</i>	175
I. L'information des partenaires sexuels relève-t-elle d'une stratégie de santé publique ?	175
1. <i>Un volet classique de la prévention</i>	175
2. <i>Une mise en œuvre variable selon les pays</i>	176
3. <i>Méconnaissance et méfiance en France</i>	177
II. Les patients préviennent-ils leurs partenaires sexuels ?	178
1. <i>Sources de données :</i> <i>enquêtes nationales en population générale</i>	178
2. <i>Attitudes variables selon le sexe et l'âge du patient et selon le type de partenaire</i>	178
3. <i>Influence possible du médecin à l'origine du diagnostic</i>	189
III. Les médecins incitent-ils leurs patients à prévenir leurs partenaires ?	180
1. <i>Une enquête auprès des médecins en région parisienne</i>	180
2. <i>Les médecins se préoccupent surtout de l'information du partenaire principal</i>	182
3. <i>Les attitudes des médecins varient avec leurs modes d'exercice</i>	185
4. <i>Corrélation étroite entre structure médicale, germe diagnostiqué et sexe du patient</i>	186
Conclusion	190
Références bibliographiques	190

TROISIÈME PARTIE Expériences et souffrances

Chapitre 10 • Souffrance psychologique après une grossesse extra-utérine	
<i>Annie Bachelot, Anaïs Sitruk, Catherine Lasnier, Jean-Luc Pouly, Nadine Job-Spira, Jean Bouyer</i>	195
I. Suivi psychologique des femmes à partir du registre des GEU en Auvergne	198
II. Une période « après GEU » difficile	198

1. <i>Fréquence des troubles signalés 6 mois après la GEU</i> —————	198
a. <i>Un sentiment de fragilité et des craintes</i> —————	198
b. <i>État psychologique selon que la GEU</i> <i>soit survenue sous ou sans contraception</i> —————	200
2. <i>Persistance de ces difficultés à 12 et 18 mois</i> —————	200
III. Des difficultés liées aux caractéristiques des femmes et au traitement médical —————	201
1. <i>Le rôle de l'âge</i> —————	201
2. <i>Le rôle du niveau d'études</i> —————	202
3. <i>Le rôle de l'activité professionnelle</i> —————	204
4. <i>Le rôle du traitement</i> —————	204
IV. Mieux informer les femmes ? —————	206
Conclusion —————	209
Références bibliographiques —————	210
Annexes —————	212
Chapitre 11 • Recueil de sperme infertile en laboratoire : pratique médicale ou sexuelle ?	
<i>Alain Giami, Lina Calderón-Velásquez, Doris Vasconcellos</i> —————	219
I. Penser le recueil de sperme : entre la biologie et l'anthropologie —————	219
1. <i>Collecte des données dans deux centres parisiens</i> —————	220
II. Le sperme : un objet symbolique —————	221
III. Le recueil de sperme —————	222
1. <i>Une pratique médicale banalisée ?</i> —————	222
2. <i>La dimension sexuelle du recueil de sperme</i> —————	223
IV. L'homme ébranlé dans ses certitudes —————	225
V. La découverte de la réalité cachée du recueil de sperme —————	228
1. <i>L'absence d'informations</i> —————	228
2. <i>Un examen médical qui consiste à se masturber</i> —————	229
VI. Pornographie et masturbation pour un examen médical —————	230
1. <i>Les magazines pornographiques : la gêne</i> —————	230
2. <i>La gêne, la honte : être vu au moment de donner son sperme</i> —————	231
3. <i>Les significations de la masturbation : sexualité pré-conjugale</i> —————	231
VII. Rendre acceptable le recueil de sperme —————	232
1. <i>La banalisation du recueil de sperme</i> —————	232
2. <i>Recueil du sperme : le faire chez soi</i> —————	233

VIII. Quelle place pour la femme ?	234
1. <i>Le refus de la présence de la femme lors du recueil de sperme</i>	235
2. <i>La présence de la femme : pour se rassurer</i>	236
3. <i>La participation directe de la femme au recueil de sperme</i>	237
Conclusion	238
Références bibliographiques	240

Chapitre 12 • La fécondation *in vitro* : un parcours qui reste long et difficile

Annie Bachelot, Jacques de Mouzon, Maurice Adjiman ————— 243

La FIV prend sa place dans l'ensemble d'une reproduction médicalisée ————— 243

Les données d'enquêtes ————— 246

I. L'accès à la FIV : une véritable stratégie ————— 246

 1. *Conjuguer des temporalités différentes* ————— 246

 2. *Éviter une médecine vétérinaire* ————— 247

 3. *Établir une relation privilégiée* ————— 249

II. Un parcours du combattant ————— 249

III. Les effets de la médicalisation ————— 252

 1. *Maîtriser les événements* ————— 252

 2. *Une appropriation du savoir médical* ————— 253

 3. *Les enjeux du couple* ————— 254

IV. Vivre l'échec ————— 255

 1. *La médecine ne peut pas tout* ————— 256

 2. *Affronter l'échec* ————— 256

 3. *Une demande d'aide pas toujours exprimée* ————— 257

Conclusion ————— 258

Références bibliographiques ————— 259

Chapitre 1 • Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ?

*Élise de La Rochebrochard
Henri Leridon*

La vie reproductive a longtemps été marquée par l'incertitude : les enfants arrivaient ou n'arrivaient pas (qu'ils soient souhaités ou non), l'accouchement était un moment à haut risque, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. La recherche d'une meilleure maîtrise de la vie reproductive s'est développée en s'appuyant, en particulier, sur les progrès fulgurants de la médecine. En ce début de XXI^e siècle, les femmes, les hommes semblent désormais pouvoir aborder leur vie reproductive remplis de certitudes : certitude de ne pas avoir d'enfant tant qu'on ne le souhaite pas grâce à des méthodes contraceptives médicales efficaces, certitude d'avoir un enfant quand on le souhaite grâce, si nécessaire, aux techniques d'assistance médicale à la procréation, certitude de mettre au monde un enfant sans handicap ni malformation grâce au dépistage et au diagnostic prénatal, certitude que la mère et l'enfant ne courent aucun danger au moment de la naissance dans nos maternités hautement équipées. L'offre médicale semble donc permettre une parfaite maîtrise de la vie reproductive. En y regardant de plus près, on s'aperçoit que cette maîtrise n'est pas si parfaite. Citons deux chiffres pour illustration : en France, malgré une pratique contraceptive généralisée, un tiers des grossesses est non planifié et 65 % de ces grossesses non planifiées se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG) (Bajos *et al.*, 2003), tandis que le taux de succès des techniques d'assistance médicale à la procréation reste faible, de l'ordre de 15-20 % par tentative (Andersen *et al.*, 2006). Ces premières données indiquent que, dans la médicalisation de la vie reproductive, tout n'est peut-être pas aussi « rose »⁽¹⁾ qu'il y semblait *a priori*. Nous verrons que la médicalisation soulève la question de l'espace de choix laissé à l'individu : si les progrès médicaux ont indéniablement offert une « liberté » aux individus qui peuvent désormais maîtriser leur vie reproductive, ils peuvent également se révéler être des « contraintes » lorsqu'ils sont érigés en norme⁽²⁾.

(1) Le terme « rose » renvoie aux écrits d'Olivier Faure. Ainsi, dans un chapitre visant à explorer le processus de médicalisation d'un point de vue historique, Faure présente deux visions opposées de ce processus qu'il nomme la « légende rose » et la « légende noire » de la médicalisation (Faure, 1998). Ces légendes, rose et noire, sont développées plus loin dans le chapitre, p. 42.

(2) Les termes « liberté » et « contrainte » renvoient au titre de l'ouvrage collectif : *Contraception : contrainte ou liberté?* (Baulieu *et al.*, 1999).

L'objectif de cet ouvrage est d'explorer la médicalisation de la vie reproductive en se plaçant du côté des individus afin d'investiguer l'envers du décor. Dans ce premier chapitre, la notion de médicalisation est, dans un premier temps, précisée en montrant l'évolution historique de la signification de ce terme (I). Puis, différents éléments illustrant la médicalisation de la vie reproductive sont présentés (II). Le décor étant planté, nous pourrions alors nous interroger sur les implications pour les femmes et les hommes de cet univers reproductif médicalisé (III).

I. La médicalisation : de la démographie à la santé publique

1. Aux origines, une approche démographique

Historiquement, le terme de « médicalisation » renvoyait à une notion purement démographique, exprimant le rapport chiffré entre un nombre d'habitants et un nombre de médecins (Faure, 1998, p. 53-54). En se plaçant dans cet axe de démographie médicale, on observe une très forte médicalisation en France, avec une multiplication par plus de trois du nombre de médecins par habitant sur les quarante dernières années (ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Drees, 2001, 2002; Niel, 2002; ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Drees, 2003, 2004)⁽³⁾ :

- en 1960 : 1 médecin pour 1 000 habitants;
- en 1980 : 1 médecin pour 400 habitants;
- en 2000 : 1 médecin pour 332 habitants.

Parmi ces médecins, on distingue des généralistes et des spécialistes tels que les gynécologues. La France compte 1 médecin généraliste pour 680 habitants et 1 gynécologue pour 3 700 femmes âgées de plus de 15 ans (Cohen *et al.*, 2000, p. 19-20). Différents intervenants concourent à la prise en charge de la reproduction mais, en France, les consultations concernant la reproduction sont majoritairement effectuées auprès des médecins généralistes et des gynécologues⁽⁴⁾. Certains domaines, comme le suivi de la grossesse et la stérilité, sont pratiquement exclusivement pris en charge, au niveau des médecins, par les gynécologues⁽⁵⁾.

D'autres indicateurs mettent en évidence l'augmentation de la place du médical, en particulier ceux de la consommation. L'enquête décennale nationale sur la santé et les soins médicaux (ESSM), réalisée par l'Insee, permet d'étudier l'évolution de la consommation médicale à partir d'observations portant sur

(3) Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

(4) Ainsi à partir de l'EPPM, on estime que 38 % des consultations concernant la contraception sont réalisées auprès de généralistes et 61 % auprès de gynécologues (Cohen *et al.*, 2000, p. 40). Selon la même source, les consultations pour une infection sexuellement transmissible (IST) sont réalisées auprès de généralistes dans 44 % des cas, auprès de gynécologues dans 54 % des cas et auprès d'un autre type de médecin dans seulement 2 % des cas.

(5) Selon l'EPPM, 92 % des consultations de suivi de grossesse d'une part et 92 % des consultations pour stérilité d'autre part sont réalisées auprès de gynécologues, *versus* respectivement 8 % et 5 % auprès de généralistes; et 0 % et 3 % auprès d'un autre type de médecin (Cohen *et al.*, 2000, p. 40).

des échantillons représentatifs des ménages en France métropolitaine (Sermet, 1993; Mormiche, 1994; Makdessi-Raynaud, 2005). Cette source met en évidence une très forte croissance de la consommation médicale entre 1950 et 1980, en moyenne plus de 15 % chaque année, soit un doublement tous les 5 ans, suivie d'une croissance plus faible sur la décennie suivante, plus 6,5 % chaque année, soit un doublement tous les onze ans (Mormiche, 1998, p. 102). La consommation française de médicaments est la plus élevée au monde (Jaeger, 1998, p. 149) avec en particulier une très forte consommation des psychotropes. On estime ainsi qu'un tiers de la population française consomme, au moins de façon occasionnelle, des tranquillisants (Jaeger, 1998, p. 148).

2. *Extension sociologique et technologique*

Au-delà de cette première approche démographique, le terme de « médicalisation » a été redéfini par les sociologues comme un « processus conduisant à redéfinir et à traiter des problèmes non médicaux comme des problèmes médicaux, généralement en terme de troubles ou de maladies »⁽⁶⁾ (Conrad, 1992, p. 209). La médicalisation est donc une transformation socioculturelle qui « consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes » (Fassin, 1998, p. 5).

Avec cette définition, les sociologues observent un important essor de la « médicalisation » au cours du XIX^e siècle dans les pays industrialisés, phénomène qui s'est encore intensifié au cours du XX^e siècle, en particulier sur les 30 ou 40 dernières années (Aïach, 1998, p. 15). Cette extension est telle que l'on parle désormais d'« ère de la médicalisation » (Aïach et Delanoë, 1998), celle-ci touchant pratiquement tous les domaines de l'existence.

Cette évolution sociologique peut être liée à une innovation technique ou thérapeutique. Ainsi, dans le traitement de la douleur, David Le Breton décrit une véritable transformation culturelle liée aux progrès des analgésiques qui ont « transformé l'expérience humaine de la douleur » (Le Breton, 1998, p. 169). Cet abord médical de la douleur est particulièrement net dans le cadre de la naissance où, face au « mal joli » (Revault d'Allonnes, 1976), s'est développé un très large recours aux analgésiques : 77,5 % des femmes en bénéficieraient en France lors de leur accouchement, l'absence d'analgésie étant liée principalement à un refus de la femme ou à un travail trop rapide pour sa mise en place (Blondel *et al.*, 2005, p. 21).

Dans d'autres domaines, le processus de médicalisation s'est effectué sans progrès technologique notable. C'est le cas, par exemple, pour l'alimentation abordée désormais dans des politiques nutritionnelles de santé publique (Haut Comité de la Santé publique, 1998a), ou des difficultés scolaires, qu'il s'agisse de problèmes de comportement ou d'apprentissage, qui sont de plus en plus traités en recourant à des intervenants de la sphère médicale ou paramédicale : orthophonistes, psychomotriciens, pédopsychiatres, psychologues.

(6) « Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders. » (Traduit par nous-mêmes.)

3. *Diffusion par des programmes de santé publique*

Pour que la transformation socioculturelle de la médicalisation puisse s'opérer, il est nécessaire qu'elle se diffuse dans l'ensemble de la société (Fassin, 1998, p. 7). Autrement dit, il faut que s'opère une « normalisation » et qu'elle devienne un « phénomène de société » (Fassin, 1998, p. 7). Cette normalisation peut s'effectuer à travers des programmes de santé publique au sein desquels la place de la prévention est centrale.

En France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est plus spécifiquement chargé de diffuser les messages de santé publique à caractères préventifs. Ses champs d'action ont largement porté ces dernières années sur les différents domaines où a été observée une forte médicalisation : les accidents de la vie courante, l'alcool, l'hygiène de vie, la nutrition, le tabac, etc. Pour exemple, citons cette campagne de presse par affichage recommandant aux parents de coucher leur enfant tôt : « Longues veillées... journées gâchées. Le coucher tardif déséquilibre la vie de l'enfant. »

4. « *La santé, c'est le bonheur* »

On observe donc une large extension du domaine médical, aussi bien en terme démographique (nombre de médecins, consommation médicale), qu'en termes socioculturel et technologique (extension du champ médical). Cette extension se matérialise par une forte évolution de la définition du terme « santé ». Autrefois définie par l'absence de maladie ou d'infirmité, la santé est désormais caractérisée, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁽⁷⁾, par « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Avec cette nouvelle définition, la santé prend une nouvelle dimension, au point qu'elle a conduit à établir l'équivalence entre santé et bonheur : « La santé, c'est le bonheur et le bonheur, c'est la santé. » (Skrabanek, 1995, p. 44).

Ce lien entre santé et bonheur semble d'ailleurs fortement ancré dans l'esprit des individus. Deux sondages Ifop effectués à 10 ans d'intervalle (1987 et 1997) ont interrogé les Français sur le premier mot qui leur venait à l'esprit quand ils pensaient au bonheur : le mot « santé » arrive en tête avec 30 % des réponses en 1987 et 21 % en 1997. Plus récemment, l'Ifop a demandé à un échantillon de 1 005 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus : « Pour vous personnellement, quelle est l'invention, l'objet ou la découverte qui a le plus contribué à votre bonheur ? ». Cinq réponses totalisaient 81 % des réponses : les vaccins (33 %), les greffes d'organes (16 %), la machine à laver le linge (15 %), la pilule contraceptive (10 %), les antibiotiques (7 %). Autrement dit, pour au moins 66 % des personnes interrogées, l'objet ou la découverte qui a le plus contribué à leur bonheur est d'ordre médical.

Cet amalgame entre santé et bonheur illustre bien l'ampleur du processus de médicalisation qui s'est opéré dans les pays industrialisés.

(7) Préambule à la constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948 (actes officiels de l'OMS, n° 2, p. 100).

II. La médicalisation de la vie reproductive

S'il est un domaine où le processus de médicalisation a été particulièrement important, c'est bien celui de la reproduction : en effet « nos mœurs reproductives ont pris une tournure résolument médicale » (Roegiers, 2003, p. 9) et les quatre premières sections de cette partie permettent d'illustrer cette médicalisation du champ reproductif.

1. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement

Dans la société traditionnelle, la femme en couches était assistée par la matrone du village. Au cours du XVIII^e siècle, les connaissances obstétricales se développent partout en Europe (Gelis, 1988, p. 237) : les matrones décrites comme « ignares, sales et grossières » (Gelis, 1988, p. 19), suspectées de « magie ou de sorcellerie », sont remplacées par des jeunes femmes placées sous l'autorité du corps médical et dites « sages » car ayant été instruites de « l'art obstétrical », essentiellement les règles d'hygiène de base (Gelis, 1988). Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, on voit peu à peu apparaître en Europe, auprès des femmes en couches, la présence de médecins, les « accoucheurs »⁽⁸⁾, qui vont imposer la position couchée sur le dos comme étant la « seule médicalement et moralement acceptable » (Gelis *et al.*, 1978, p. 84). Cette médicalisation de l'accouchement s'est poursuivie aux XIX^e et XX^e siècles menant, aujourd'hui en France, à une présence médicale très active lors de l'accouchement, comme en témoignent les Enquêtes nationales périnatales⁽⁹⁾. Ainsi en 2003, 32 % des accouchements étaient provoqués médicalement⁽¹⁰⁾ et 31 % des accouchements étaient réalisés avec forceps, spatule, ventouse ou césarienne⁽¹¹⁾ (Blondel *et al.*, 2005). Ce processus de médicalisation de l'accouchement, observé durant les trois derniers siècles, a eu pour objectif affiché la réduction de la mortalité maternelle⁽¹²⁾ et périnatale⁽¹³⁾ qui pesait lourdement sur la mortalité. Ainsi, le taux de mortalité maternelle était probablement de l'ordre de 11,5 décès maternels pour 1 000 naissances vivantes au XVIII^e siècle (Gutierrez et Houdaille, 1983) alors qu'il est actuellement en France de 9 à 13 décès pour 100 000 naissances vivantes (Philibert *et al.*,

(8) Le lancement de la « mode des accoucheurs » est attribué à Louis XVI qui fit appel en 1663 à un chirurgien pour assister sa maîtresse, Mademoiselle de La Vallière, alors en couches (Gelis *et al.*, 1978, p. 87).

(9) Les Enquêtes nationales périnatales (ENP) portent sur la totalité des naissances, en France, d'enfants nés vivants ou mort-nés, survenues pendant une semaine. Dans la dernière enquête (2003), le critère d'inclusion était défini par une naissance ayant eu lieu après 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes (Blondel *et al.*, 2005).

(10) 19,7 % d'accouchements déclenchés et 12,5 % de césariennes avant le début du travail.

(11) 7,8 % d'accouchements avec forceps ou spatule, 3,3 % avec ventouse et 20,2 % avec césarienne.

(12) La mort maternelle est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais n'étant ni accidentelle ni fortuite.

(13) La mortalité périnatale désigne la somme des enfants nés sans vie et des décès d'enfants de moins de 7 jours.

2006), soit une division par 100 du risque! Ce risque de mortalité maternelle reste néanmoins pratiquement deux fois plus élevé en France que dans d'autres pays européens (Wildman et Bouvier-Colle, 2004) et la réduction du risque de mortalité maternelle reste une priorité des plans français de périnatalité. Cette politique périnatale conduit à une réflexion sur l'optimisation de l'organisation des maternités en France, avec une forte réduction de leur nombre : 1 747 maternités en métropole en 1972 contre 618 en 2003 (Blondel *et al.*, 2005, p. 18). Cette division par près de 3 du nombre de maternités, conduite par les pouvoirs publics dans une optique de diminution des risques liés à la naissance et de rationalisation des coûts (Baubeau *et al.*, 1999; Buisson, 2003), pose cependant la question du choix de la maternité pour les femmes enceintes. Cette question sera explorée dans le chapitre 4 (« Le choix d'une maternité dépend-il de contraintes sociales et géographiques? »).

Au-delà de l'accouchement, c'est l'ensemble de la grossesse qui est désormais médicalisée : les femmes effectuent en moyenne 8,9 visites médicales prénatales et 4,5 échographies durant leur grossesse (Blondel *et al.*, 2005, tableaux 12 et 14 en annexe du rapport). Ce suivi vise à assurer le bon déroulement d'une grossesse « précieuse » (car désirée et planifiée), les décès fœtaux, mêmes très précoces, étant ressentis comme des accidents traumatiques par les femmes ainsi que nous le verrons dans le chapitre 10 (« Souffrance psychologique après une grossesse extra-utérine »). Par ailleurs, le suivi de grossesse vise à assurer le « contrôle de qualité »⁽¹⁴⁾ du fœtus par le recours au dépistage et diagnostic prénatal, avec un développement important du dépistage et du diagnostic de la trisomie 21. Ces méthodes de dépistage et de diagnostic soulèvent des problématiques spécifiques sur lesquelles le couple est invité, par la loi, à exprimer ces préférences. Face à ce cadre juridique, la réalité semble néanmoins plus contrastée : « Il est extrêmement difficile, si ce n'est impossible pour les femmes, de faire le choix de refuser les technologies homologuées par la profession obstétricale. Une fois que les tests sont disponibles, les rejeter revient à refuser la foi moderne dans la science et également à rejeter la pensée moderne selon laquelle les femmes devraient faire tout ce qui est possible pour la santé de leur futur enfant »⁽¹⁵⁾ (Wertz et Fletcher, 1993, p. 173). Cette question du choix des femmes face au dépistage et au diagnostic prénatal est développée dans le chapitre 8 (« Dépistage et diagnostic prénatal : des choix aux arbitrages complexes ») en s'interrogeant sur l'importance des interactions médecins-patientes dans ce processus de choix.

2. La médicalisation du contrôle des naissances

Les papyrus égyptiens, les écrits de Platon et d'Aristote démontrent que le contrôle des naissances est un projet « vieux comme l'humanité » (Roegiers,

(14) Ce terme est tiré de l'ouvrage : *La grossesse incertaine : de la décision médicale au lien prénatal* (Roegiers, 2003, p. 34).

(15) « It is extremely difficult, if not impossible, for women to choose to reject technologies approved by the obstetrical profession. Once tests are offered, to reject them is a rejection of modern faith in science and also a rejection of modern beliefs that women should do everything possible for the health of the future child. » (Traduit pas nous-mêmes.)

2003, p. 18 et 124). Philippe Ariès mentionne ainsi l'existence d'un papyrus égyptien du deuxième millénaire avant notre ère qui ferait état d'un procédé réputé anti-conceptionnel fondé sur « un mélange bizarre, composé d'excréments de crocodile, de miel, de natron⁽¹⁶⁾ et d'une substance gommeuse » (Ariès, 1948, p. 148). Ainsi, les travaux ethnographiques conduisent à affirmer le caractère « universel », à toutes les époques et dans toutes les sociétés, de la connaissance de pratiques permettant d'interrompre volontairement une grossesse (Boltanski, 2004, p. 28-29). Les moyens utilisés ont pu reposer sur des croyances superstitieuses (porter une amulette par exemple), sur l'absorption de drogues (potions ou suppositoires), sur des moyens mécaniques internes (citons la méthode abortive de l'aiguille à tricoter ou les méthodes contraceptives de lavage ou d'éternuements post-coïtal pour faire sortir la semence masculine) ou encore des moyens mécaniques externes, comme les méthodes abortives de la corde à sauter ou des bains de siège (Himes, 1963; Noonan, 1965; McLaren, 1990; van de Walle, 2005).

Si des méthodes de contrôle des naissances ont été, de tout temps et en tout lieu, envisagées, leur impact est resté pendant longtemps démographiquement insignifiant. Le tournant s'opère en France dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, avec la « première révolution contraceptive »⁽¹⁷⁾. Malgré des méthodes *a priori* peu efficaces comme le retrait (coitus interruptus) et l'abstinence périodique (Bergues *et al.*, 1960), la population française parvient à maîtriser « démographiquement » sa fécondité en passant d'une descendance de 5-6 enfants dans la première moitié du XVIII^e siècle (Henry, 1978) à une descendance finale de 1,98 enfant pour les générations nées en 1891-1900 (Festy, 1979, p. 267). Le nombre de naissances non ou mal planifiées reste cependant élevé : de l'ordre de 40 % des naissances en 1963-1967 (Leridon et Toulemon, 1990; Daguët, 2002).

De fait, le contrôle des naissances ne devient réellement efficace au niveau individuel (et non plus seulement démographique) qu'avec la médicalisation de ses moyens, qu'il s'agisse de la pratique de l'IVG (dont la légalisation en 1974 par la loi Veil transforme cette pratique en acte médical ordinaire) ou des pratiques contraceptives (avec l'apparition et la diffusion de la pilule, du stérilet, du préservatif). Cette médicalisation des moyens de contrôle des naissances a été qualifiée de « deuxième révolution contraceptive » (Leridon *et al.*, 1987). Le gain considérable des méthodes médicales par rapport aux méthodes « traditionnelles », tant en termes d'efficacité que de réduction des effets néfastes pour la santé des femmes, ont conduit à une diffusion rapide de ces méthodes (Toulemon et Leridon, 1991; Spira, 1994; de Guibert-Lantoine, 1998) et à leur quasi-monopole dans la société française d'aujourd'hui. Parmi les femmes en âge reproductif, sexuellement actives et ne désirant pas concevoir, 92 % utilisent une méthode médicale de contraception (60 % prennent la pilule, 21 % ont un stérilet et 10 % ont recours au préservatif)

(16) Natron : solution de soude naturelle trouvée dans les lacs salés qui servait à la momification des corps dans l'Égypte antique.

(17) Ce terme de « première révolution contraceptive » est utilisé en référence aux travaux d'Adolphe Landry (Landry, 1934).

alors que seules 4-5 % utilisent une méthode traditionnelle (retrait ou abstinence périodique) et que 3 % n'utilisant aucune méthode (Leridon *et al.*, 2002; Bajos *et al.*, 2003)⁽¹⁸⁾.

Ces méthodes contraceptives ouvrent un nouvel espace de liberté en concrétisant le slogan féministe des années 1970 : « Un enfant si je veux, quand je veux ! ». Mais cette liberté pose néanmoins « de nouveaux défis pour les couples et pour la société » (Baulieu *et al.*, 1999, p. 15), défis analysés lors d'un colloque qui s'est tenu en 1998 au Collège de France (Paris) et intitulé : *Contraception : contrainte ou liberté?* (Baulieu *et al.*, 1999). En particulier, la question du choix du bon moment pour l'arrivée de l'enfant est devenue centrale dans une société où l'enfant doit désormais être « labellisé » comme « enfant désiré »⁽¹⁹⁾ (Leridon, 1998, p. 191).

Malgré le très large recours à des méthodes contraceptives médicales efficaces dans la population française, le nombre d'IVG n'a pas baissé depuis 30 ans (Bajos *et al.*, 2004b). Comment expliquer ce « paradoxe contraceptif français »⁽²⁰⁾? Parmi les pistes à envisager, la question de la bonne adéquation entre les besoins exprimés par les femmes et les méthodes prescrites par les médecins sera plus spécifiquement explorée dans cet ouvrage au chapitre 6 (« Choisir une contraception : de la connaissance médicale à la norme procréative ») et au chapitre 7 (« Le choix de la technique d'avortement en France à la fin des années 1990 »).

En effet, la palette des choix offerts aux femmes s'est largement étendue ces dernières années : implants, patchs, anneaux vaginaux, pilule du lendemain (Baulieu, 1989, 1990). Pourtant, les logiques médicales de prescription, les problèmes d'accès aux filières de soins pourraient limiter l'accès réel, pour les femmes, à ces différentes méthodes.

3. La médicalisation de l'infertilité

La date du 25 juillet 1978 symbolise le « triomphe »⁽²¹⁾ de la médecine cherchant à répondre aux problèmes d'infertilité rencontrés par les couples. Ce jour-là est née, à l'hôpital d'Oldham au Royaume-Uni, une enfant, Louise Brown, dont la conception a été obtenue pour la première fois dans une éprouvette en laboratoire (Steptoe et Edwards, 1978). Les médias parleront de « bébé-éprouvette » tandis que les médecins préféreront le terme de bébé conçu par « fécondation in vitro » (FIV). Amandine, le premier bébé-éprouvette français, a vu quant à elle le jour le 24 février 1982 à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart (Testart et Frydman, 1982). Le recours à cette technique s'est développé très rapidement dans les années qui ont suivi la naissance d'Amandine (Frydman et Olivennes, 1992). En 25 ans, les techniques

(18) Ces données portent sur l'année 2000 et sont tirées de l'enquête de cohorte socio-épidémiologique Cocon (Bajos *et al.*, 2004a)

(19) Voir « Un nouveau label : l'enfant désiré », chapitre 11, Leridon, 1998.

(20) Le terme « paradoxe contraceptif français » est emprunté à Nathalie Bajos (Bajos *et al.*, 2004a).

(21) Les auteurs ont choisi de mettre le mot triomphe entre guillemets en raison des taux de succès des techniques de FIV qui restent relativement modestes : de l'ordre de 15-20 % par tentative (Andersen *et al.*, 2006).

de FIV se sont diversifiées, avec en particulier l'apparition de l'ICSI⁽²²⁾ en 1992 (Palermo *et al.*, 1992) en réponse aux infertilités d'origine masculine (de La Rochebrochard, 2003). Avec l'apparition de la FIV, de nouvelles questions, en particulier d'ordre éthique, ont été soulevées et ressurgissent régulièrement au rythme soutenu des avancées techniques qui élargissent sans cesse le champ des possibles (Frydman, 1997)⁽²³⁾. Dans ce contexte, les professionnels de la FIV, gynécologues et biologistes, se sont organisés en France dès 1986 au sein d'une association, FIVNAT, dans un objectif de vigilance biomédicale (Breart *et de* Mouzon, 1995). Cette association a géré jusqu'en 2006 la principale source d'information sur la pratique de la FIV : l'enquête FIVNAT, fondée sur la mise en commun des données de tous les centres de FIV participant à l'association (de Mouzon *et al.*, 1993)⁽²⁴⁾. Cette collecte des données FIV est désormais institutionnalisée au sein d'une agence de l'État, l'Agence de biomédecine⁽²⁵⁾ créée dans le cadre de la loi de Bioéthique votée le 6 août 2004 (Breart, 2005 ; Frydman, 2005).

Bien avant la FIV, les médecins avaient tenté de répondre aux problèmes d'infertilité par la technique d'insémination artificielle (IA) qui consiste à introduire du sperme dans les voies génitales féminines (cul-de-sac vaginal, col de l'utérus, cavité utérine). Le sperme inséminé peut être celui du conjoint (IA avec spermatozoïdes du conjoint, IAC) ou celui d'un autre homme, dit donneur (IA avec spermatozoïdes de donneur, IAD). Dans sa version première, l'IA est une technique simple ne requérant que peu de matériel et de compétences techniques. On attribue ainsi généralement la première tentative d'IA au docteur John Hunter dans les années 1790 (Ball, 2000), mais cette pratique étant pendant longtemps restée secrète, il est difficile d'en faire l'historique (Clarke, 2006). La première publication faisant état d'un succès est attribuée à un médecin français, le docteur Girault, avec la naissance le 1^{er} mars 1839 d'un petit garçon. Ce cas, ainsi que 11 autres, ont été publiés en 1868 dans la revue *L'Abeille médicale* (Clarke, 2006, volume XXV, p. 409-417).

Ces techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), ainsi que l'ensemble des traitements médicaux contre l'infertilité se sont largement développés dans les sociétés occidentales. Ainsi, en 2000, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait que plus d'un million de bébés étaient déjà nés, de par le monde, grâce à une FIV (Vayena *et al.*, 2002). Dans des pays tels que la France, l'Angleterre ou l'Allemagne, 1,1 à 1,4 % des naissances sont

(22) Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (IntraCytoplasmic Sperm Injection). L'ICSI consiste à injecter *in vitro* un unique spermatozoïde à l'intérieur d'un ovocyte. L'ICSI est pratiquée si les spermatozoïdes sont peu nombreux ou absents du sperme (mais présents dans les testicules) ou si beaucoup de spermatozoïdes sont anormaux.

(23) La question du statut de l'embryon est en particulier au cœur des débats éthiques (Frydman, 1997).

(24) Des systèmes d'enregistrement des données de la FIV se sont également mis en place dans d'autres pays tels que l'Angleterre, les pays scandinaves, la Suisse, etc. Depuis 5 ans, un comité de surveillance européen de la FIV (European IVF Monitoring – EMI - Committee) publie des bilans annuels européens. Le dernier bilan publié regroupe les données nationales (exhaustives ou non) de 25 pays qui ont déclaré 324 238 cycles d'AMP pour l'année 2002 (Andersen *et al.*, 2006).

(25) Pour plus d'informations sur cette agence, le lecteur peut consulter son site Internet : www.agence-biomedecine.fr.

obtenues suite à une FIV (de La Rochebrochard, 2003). Plus largement, 5 à 6 % des naissances françaises seraient obtenues grâce à un traitement médical, ce traitement étant, dans un cas sur deux, une « simple » stimulation ovarienne (Vilain *et al.*, 2005), et 14 % des femmes entameraient des démarches médicales dans le cadre d'un bilan d'infécondité au cours de leur vie (Spira, 1986 ; Thonneau *et al.*, 1991).

Devant cet important développement des traitements médicaux contre l'infertilité, on s'interroge désormais sur une possible sur-médicalisation de l'infertilité : les couples n'auraient-ils pas tendance à être un peu trop « impatients » et à demander, trop rapidement, une intervention médicale (Leridon, 1991) ? Ainsi, parmi les femmes âgées de 35-39 ans, on observe une multiplication par deux de la proportion de femmes déclarant avoir déjà eu le sentiment d'être infertiles au cours de leur vie (de La Rochebrochard et Leridon, 2005)⁽²⁶⁾. Dans les générations de femmes nées en 1943 ou avant, 20 % déclarent des problèmes d'infertilité ; dans les générations nées en 1954 et après, cette proportion est de 40 %. Entre ces générations, il y a eu la médicalisation de l'infertilité symbolisée par la naissance du premier bébé-éprouvette en 1978, date à laquelle les « anciennes » générations étaient âgées d'au moins 35 ans (donc en fin de vie reproductive) alors que les « jeunes » générations avaient toutes moins de 25 ans (et débutaient donc leur vie reproductive). Une telle évolution de l'infertilité ressentie, en parallèle à l'extension des techniques d'AMP, pose la question d'une modification du rapport à l'infertilité dans les générations actuelles, avec un possible recours rapide (trop rapide ?) au médical lorsque l'enfant « planifié » se fait attendre. Cette question de la « rapidité » des consultations médicales pour infertilité sera explorée dans le chapitre 2 (« Qui choisit de médicaliser une infécondité ? »).

L'importante extension des méthodes médicales d'assistance à la reproduction ne doit cependant pas faire oublier les difficultés de ce parcours médical, souvent qualifié de « parcours du combattant ». Ainsi, la journaliste Brigitte-Fanny Cohen témoigne de sa propre expérience dans son livre, *Un bébé mais pas à tout prix. Les dessous de la médecine de la reproduction* :

Et je crois qu'il [son mari] n'en peut plus d'aller se masturber dans un placard à balai. Il ne dit rien mais il va craquer. Et moi, je ne supporte plus l'idée de faire un bébé avec du sperme. Car depuis longtemps je n'ai plus le sentiment de faire un bébé avec mon mari. L'homme, dans la FIV, est réduit à l'état de sperme. Il donne ses spermatozoïdes. Un point, c'est tout. [...] À tel point que j'ai parfois l'impression étrange et désagréable de fabriquer un bébé avec le médecin plutôt qu'avec mon compagnon. La femme, le sperme du mari et le gynécologue : voilà la nouvelle Sainte Trinité. (Cohen, 2001, p. 97)

Les travaux présentés dans le chapitre 11 (« Recueil de sperme infertile en laboratoire : pratique médicale ou sexuelle ? ») et le chapitre 12 (« La fécondation

(26) Cette étude est basée sur l'analyse des quatre enquêtes de fécondité menées par l'Ined entre 1978 et 1998.

in vitro : un parcours qui reste long et difficile ») illustrent bien le vécu ardu des femmes, mais également des hommes engagés dans une démarche médicale d'AMP.

4. La médicalisation de la sexualité

Dès le XIX^e siècle, le médical pénètre le champ de la sexualité pour réprimer et inhiber les conduites sexuelles « déviantes » (Giarni, 2000). Ont ainsi été prises en charge médicalement les pratiques sexuelles non procréatives telles que la masturbation ou l'homosexualité⁽²⁷⁾. Dès 1710, des arguments « médicaux » apparaissent pour condamner la masturbation dans un ouvrage publié par un Anglais nommé Bekker et portant le titre évocateur d'*Onanisme ou l'atroce péché d'auto-pollution, et toutes ses effroyables conséquences pour les deux sexes discutées avec des conseils spirituels et physiques pour ceux qui se sont déjà compromis dans cette abominable pratique*⁽²⁸⁾ (Flandrin, 1981, p. 298). Cinquante ans plus tard, en Suisse, le célèbre docteur Samuel-Auguste Tissot apporte sa caution scientifique à l'argumentaire médical anti-masturbation dans son livre, *L'onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*. Des publications médicales décrivent, à partir de là, la masturbation comme une maladie, cause de nombreux maux et en particulier de cécité, de débilité, de démence, de faiblesse physique, de désordres gastriques, de crises d'épilepsie, de neurasthénie, d'impuissance, de stérilité, d'homosexualité, de tuberculose, et même de décès (Hare, 1962; Shen, 1982; Laumann et al., 1994). La norme a évolué mais aujourd'hui, plus que jamais, les pratiques sexuelles déviantes, viols, actes pédophiles, sont abordées sous l'angle médical. Face aux actes de « délinquance sexuelle », la société constate, devant les taux de récidives, les limites de la réponse judiciaire et demande au médical de proposer un moyen permettant de contrôler les « pulsions sexuelles » de ces individus. Les peines prononcées contre les auteurs d'infractions sexuelles peuvent ainsi être assorties d'une injonction de soins⁽²⁹⁾ et des traitements médicaux de « castration chimique » sont actuellement en cours d'essai en France⁽³⁰⁾.

(27) Jusqu'en 1973, l'homosexualité fut définie comme une maladie mentale dans le DSM, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders)*, publié par l'Association psychiatrique américaine. Ainsi, dans le DSM-II de 1968, elle est encore une « déviation sexuelle » (p. 44). En 1973, l'association vote son retrait des catégories diagnostiques officielles de la maladie mentale sous la pression de groupes tels que le *Gay Liberation Front (GLF)*.

(28) Traduction par les auteurs de *Onania, or the Heinous sin of Self Pollution, and all its Frightful Consequences in both Sexes Considered with Spiritual and Physical Advice to Those who have already injur'd themselves by this Abominable Practise*.

(29) Décret n° 2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application du titre IX du livre III du Code de la santé publique relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le Code de la santé publique. Publication au *Journal officiel* du 19 mai 2000.

(30) Ils furent l'objet d'une forte médiatisation lors de leur autorisation en novembre 2004. L'information fut lancée par le journal *Le Parisien* dans un article de Geoffroy Tomasovitch du mardi 9 novembre 2004 (« Des délinquants sexuels vont tester la castration chimique »). Le garde des Sceaux, Dominique Perben, a ainsi autorisé le docteur Serge Stoleru, chercheur en santé mentale de l'Inserm, à tester deux médicaments visant à diminuer les pulsions sexuelles sur un échantillon de 48 anciens détenus volontaires et délinquants sexuels récidivistes. Pour des raisons éthiques, les personnes détenues ne sont pas concernées par cet essai afin que leur volontariat ne soit pas une contrepartie à une remise de peine. Cet essai a débuté en 2005 et devait se poursuivre durant 2 ans.

En dehors de cet aspect répressif, le médical a joué un rôle majeur dans la sexualité. Trois grands « scénarios [ou modèles] de la sexualité » sont apparus depuis 50 ans (Giami, 2000; Giami et Spencer, 2004). Dans les années 1970, l'émergence des méthodes médicales de contrôle des naissances (voir p. 34-36) conduit à une (ou résulte d'une?) légitimation de l'activité sexuelle érotique, c'est-à-dire non procréative. Émerge alors le modèle de la « sexualité libérée »⁽³¹⁾ symbole de la « révolution » de Mai 1968. Mais au début des années 1980, apparaît le sida⁽³²⁾ (Brouard, 1987; Pollak, 1988; Meyer et Carre, 1996). Face à cette nouvelle maladie, sexuellement transmissible, une nouvelle norme sexuelle est érigée, non plus au nom de la morale mais au nom du médical pour protéger la santé publique. D'importantes campagnes de presse sont réalisées dans un objectif d'éducation sanitaire des populations aux comportements sexuels « à moindre risque »⁽³³⁾ pour la santé (Ducot et Spira, 1993). Avec la promotion du préservatif comme moyen de protection (Toulemon et Leridon, 1995), un mot d'ordre s'impose : « Sortez couvert! », symbolisant le modèle de la « sexualité protégée ». Cette nouvelle représentation de la sexualité, désormais « à risques », a profondément et durablement modifié les comportements sexuels, en particulier chez les jeunes, ainsi que le montre l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF), réalisée en 2006 (Bajos et Bozon, 2008). L'apparition des trithérapies puis des multi-thérapies, bloquant l'évolution du VIH⁽³⁴⁾ en sida, a permis d'éloigner l'idée d'une activité sexuelle « mortelle ». Ces traitements offrent également la possibilité aux femmes séropositives, dans les pays occidentaux, de mettre au monde des enfants non atteints par le virus (Lallemant *et al.*, 1994; Mandelbrot *et al.*, 1998), ainsi que nous le verrons dans le chapitre 3 (« L'accès à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en France »). Devant ces traitements, le risque de sida s'éloigne et la nécessité de « se protéger » est moins prégnante. Par conséquent, les médecins s'inquiètent d'une recrudescence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) depuis l'année 2000, en particulier les infections à *Chlamydia trachomatis*⁽³⁵⁾ (Lancet Editorial, 2005; Warszawski et Goulet, 2006). Face à cette recrudescence des IST, on s'interroge désormais sur les moyens de prendre en charge non seulement la personne infectée mais également son (ses) partenaire(s) sexuel(s), ce qui pose de nouvelles problématiques abordées dans le chapitre 9 (« Infection sexuellement transmissible : qui informe les partenaires? »).

Le dernier « modèle » est celui de la « sexualité fonctionnelle »⁽³⁶⁾ symbolisée par une petite « pilule bleue », hautement médiatisée, le Viagra® (tablettes

(31) Les termes de « modèle de la sexualité libérée » et de « modèle de la sexualité protégée » sont empruntés à Alain Giami (Giami et Spencer, 2004).

(32) Sida : Syndrome d'immuno-déficience acquise

(33) Les pratiques sexuelles visées par ces campagnes sont principalement de deux types : pénétrations anales et multipartenariat.

(34) VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

(35) La *Chlamydia trachomatis* est la bactérie responsable de l'urétrite à *Chlamydia* (ou chlamydie), maladie sexuellement transmissible.

(36) Le terme de « modèle de la sexualité fonctionnelle » est emprunté à Alain Giami (Giami et Spencer, 2004).

de citrate de sildénafil) diffusé en France depuis octobre 1998 (Comité consultatif national d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1999) par le laboratoire Pfizer⁽³⁷⁾. Le développement de réponses médicales aux dysfonctions sexuelles s'observe dès les années 1960, avec l'apparition de sexothérapies (Giami, 2000, 2004). Cette approche psychothérapeutique évolue dans les années 1980 vers une réponse « fonctionnelle » avec la mise au point de traitements pharmacologiques et chirurgicaux pour rétablir l'activité sexuelle masculine (Virag, 1982; Krane *et al.*, 1989; Virag, 1997). Les réponses médicales aux « dysfonctions érectiles » ont pris une ampleur importante avec la diffusion du Viagra® et pourraient encore s'étendre si une approche préventive était retenue ainsi que le suggèrent certains urologues américains : le professeur Irwin Goldstein, de l'université de Boston, Massachusetts, recommandait par exemple, en décembre 2002 lors d'un colloque médical, une prise quotidienne de Viagra® afin de prévenir l'apparition de dysfonctions érectiles (Moynihan, 2003a)⁽³⁸⁾. Le développement d'un arsenal pharmacothérapeutique visant à une sexualité fonctionnelle fait néanmoins débat dans le monde scientifique où l'on s'interroge sur le poids de l'industrie pharmaceutique dans l'émergence de ces nouvelles « demandes » (Moynihan *et al.*, 2002; Moynihan, 2003b). Le débat est particulièrement vif au sujet des dysfonctions sexuelles féminines (Moynihan, 2003b) et le chapitre 5 (« Quand la science du sexe vient buter sur le genre ») montre que la prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles s'inscrit dans des représentations fortement différenciées de la sexualité féminine et masculine. Ces résultats sont à rapprocher de ceux sur la prise en charge des IST présentés au chapitre 9, où des différences de genre sont également mises en évidence. La mise en perspective de ces deux chapitres apporte ainsi des éléments de réflexion sur l'importance de la question du genre dans la médicalisation de la sexualité (Bozon, 2001, 2003).

5. Et pour conclure, une médicalisation du vocabulaire

C'est donc, finalement, l'ensemble des éléments de la vie reproductive qui se sont médicalisés. Cette évolution « a conduit à redéfinir la manière même d'aborder cette question : on ne parle plus désormais de vie reproductive, mais plutôt de « santé reproductive et sexuelle »⁽³⁹⁾. Cette santé est définie

(37) Pfizer a même développé un site spécialement dédié à ce traitement : www.viagra.com.

(38) « Before a large audience of primary care doctors and others attending a sexual function update at New York University [...], Professor Goldstein said he had "hundreds of men" using Viagra® for prevention : "If you would like to be sexually active in five years' time, take a quarter of a pill a night- we have data to show that will facilitate and prolong nocturnal erections." » (« Devant un important auditoire de médecins généralistes assistant à une séance de formation sur la fonction sexuelle à l'université de New York, le professeur Goldstein a affirmé avoir des "centaines de patients" prenant du Viagra® de façon préventive : "si vous souhaitez avoir une activité sexuelle dans les 5 ans à venir, prenez un quart de cachet tous les soirs. Nous pouvons prouver que cela facilite et prolonge les érections nocturnes." ») (Moynihan, 2003a, p. 9 ; traduit par nous-mêmes.)

(39) Selon le vocabulaire de l'OMS, les termes français de « santé reproductive », « santé génésique » et « santé en matière de reproduction » sont interchangeables (note 2, p. 3) (WHO, 2004a). Jusqu'à récemment, la santé sexuelle était considérée comme faisant partie de la santé reproductive, désormais cette entité est considérée de manière autonome par l'OMS (WHO, 2004b).

de manière très large et englobe à la fois des éléments clairement médicaux, mais également philosophiques (le bien-être) et sociaux : « on entend [par santé reproductive et sexuelle] le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. » (définition adoptée en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement, chapitre VII : « Droits et santé en matière de reproduction », paragraphe 7.2⁽⁴⁰⁾).

III. La médicalisation : un processus qui transforme le patient en acteur de santé ?

Dans le *Petit Larousse*, le « patient » est défini comme « personne qui subit un traitement, une opération chirurgicale, etc. ». La terminologie place donc d'emblée l'individu en situation de passivité, il est celui qui subit l'action. Face à l'importante médicalisation, touchant toutes les facettes de la reproduction, et plus largement tous les domaines de la vie, il apparaît nécessaire de s'interroger sur la place de l'individu : reste-t-il celui qui subit l'action ou son rôle a-t-il évolué ?

1. Vision « rose » ou « noire » de la médicalisation

Avant d'aborder directement la question du rôle des femmes et des hommes dans cette nouvelle société fortement médicalisée, il est nécessaire de s'arrêter un instant sur les écrits scientifiques analysant le processus de médicalisation : ils donnent un cadre théorique à cette réflexion. On peut y distinguer deux grandes tendances.

D'une part, des écrits, dont il faut reconnaître qu'ils sont souvent tirés de la sphère médicale, insistant sur les effets bénéfiques majeurs de la médicalisation sur la santé : l'élément le plus parlant de leur démonstration est probablement la spectaculaire progression de l'espérance de vie, qui a été multipliée par 3,2 en deux siècles et demi, passant de 25 ans en 1750⁽⁴¹⁾ à plus de 80 ans désormais (Pison, 2005). Cette littérature diffuse ce qu'Olivier Faure nomme la « légende rose de la médicalisation » (Faure, 1998). Elle présente souvent les médecins comme des « héros infatigables et désintéressés » (Faure, 1998, p. 59). Cette tendance fut particulièrement marquée dans la littérature du XIX^e siècle où de nombreux romans ont décrit les médecins comme de romantiques héros (Wilbank, 1972 ; Hill, 1987 ; Brock, 1991). Plus récemment et dans la littérature scientifique, il suffit d'interroger la base d'articles bio-

(40) Document des Nations unies A/CONF.171/13 : Rapport de la CIPD, accessible en ligne : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offfre/conf13.fre.html>

(41) Le poids de la mortalité des enfants jouait très fortement sur l'espérance de vie puisque seul 1 enfant sur 2 atteignait l'âge de 10 ans en 1750 (Pison, 2005).

médicaux Medline/PubMed⁽⁴²⁾ pour y trouver nombre de « héros oubliés » : « Robert Cory et la controverse du vaccin contre la syphilis : un héros oublié? »⁽⁴³⁾ (Mortimer, 2006), « Honathan Taft : le plus grand héros oublié de la dentisterie »⁽⁴⁴⁾ (Ring, 2006), « Stephen Smith (1823-1922) : un héros oublié de la chirurgie »⁽⁴⁵⁾ (Rutkow, 2002), etc.

Face à cette littérature « rose », une autre littérature s'est développée, essentiellement dans la sphère des historiens et des sociologues, en proposant une « légende noire de la médicalisation » (Faure, 1998). Citons, là encore, quelques titres évocateurs : *Némésis médicale : l'expropriation de la santé* (Illich, 1975), *La fin de la médecine à visage humain* (Skrabaneck, 1995), *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence* (Gori et Del Volgo, 2004). Dans ces ouvrages, la médicalisation y est principalement présentée comme un moyen de contrôle social des individus (des patients qui subissent) et comme une perte d'identité sociale avec le recul des traditions portées par les matrones, bonnes femmes, charlatans et rebouteux. Ainsi, l'analyse de la médicalisation de l'accouchement y est plutôt décrite en insistant sur le caractère psychologiquement traumatisant de la froide présence médicale, qu'en discutant la division par 100 du risque de décès maternel (Faure, 1998, p. 59). Certaines pages de l'histoire de la médicalisation jouent un rôle central dans cet argumentaire : dans le domaine de la reproduction, la page la plus noire est sans aucun doute celle des stérilisations forcées et institutionnalisées des personnes handicapées ou « socialement inadaptées » au milieu du xx^e siècle aux États-Unis, en France et dans les pays scandinaves (Giami et Leridon, 2000). Cette logique eugéniste sera poussée à l'extrême par le régime nazi entre 1933 et 1945 dans une optique de contrôle médico-étatique des naissances (Massin, 2000).

Avec la « légende noire », l'individu est considéré sous l'angle du patient passif qui subit l'action médicale. Cette approche sous-estime très probablement les facultés de résistance des individus comme le souligne Didier Fassin (Fassin, 1998, p. 9). On note en effet, face à la médicalisation, des stratégies de résistance et d'évitement. Il suffit de se référer à l'importante littérature sur les problèmes de non observance des recommandations et prescriptions médicales par les patients, pour être convaincu que le contrôle du patient par le médical est loin d'être une évidence : dans la base biomédicale Medline/PubMed, on recense plus de 30 000 articles enregistrés avec le mot-clé *patient compliance*⁽⁴⁶⁾ parmi lesquels, près de 40 % l'ont en mot clé principal (*MeSH Major Topic*)⁽⁴⁷⁾.

(42) En libre accès à l'adresse suivante : www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed.

(43) « Robert Cory and the syphilis vaccine controversy : a forgotten hero? »

(44) « Johathan Taft : dentistry's great forgotten hero »

(45) « Stephen Smith (1823-1922) : a forgotten surgical hero »

(46) Dans le vocabulaire anglo-saxon, le terme *compliance* est de plus en plus abandonné au profit de la notion « d'adhérence du patient » qui exprime la recherche d'une adhésion du patient aux recommandations et traitements médicaux (Moatti *et al.*, 2000).

(47) MeSH : MEdical Subject Heading. Les MeSH servent à indexer les articles enregistrés dans Medline/PubMed. Pour une présentation de ces mots-clés, le lecteur peut se connecter à l'adresse suivante : www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html.

Au-delà du clivage « rose »/« noir », notre objet, dans les sections qui suivent est, à partir de quelques exemples concrets, de comprendre comment la médicalisation a transformé le rapport du patient au médical.

2. Le patient « gardien » de sa santé et le « patient-sentinelle »

Historiquement, la maladie apparaissait principalement comme étant liée à l'effet de « micro-organismes ou de processus biologiques », si bien que l'on considérait que le patient n'avait aucune responsabilité dans le déclenchement de sa maladie (Drulhe, 1996, p. 83). Cette vision a largement évolué avec les nouvelles connaissances issues de l'épidémiologie étiologique. Cette science, qui vise à étudier les causes de survenue des maladies, a mis en évidence l'importance des modes de vie dans le déclenchement des maladies. Ainsi, les épidémiologistes de la santé reproductive ont montré que le tabac était un facteur de risque des différentes composantes de la fertilité humaine entraînant une altération des caractéristiques spermatiques, une baisse de la probabilité de conception, une augmentation du risque de fausses couches et de grossesses extra-utérines, une augmentation du risque de prématurité⁽⁴⁸⁾ et de faible poids à la naissance⁽⁴⁹⁾ (Spira et Servent, 1976; de Mouzon *et al.*, 1988; Bouyer *et al.*, 1998; Kmietowicz, 2004; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM), 2004; Nabet *et al.*, 2005; Ramlau-Hansen *et al.*, 2007). Actuellement, les épidémiologistes travaillent sur une possible altération de la fertilité masculine (Carlsen *et al.*, 1992; de Mouzon *et al.*, 1996), nommée syndrome de dysgénésie testiculaire (Skakkebaek *et al.*, 2001), avec pour principale hypothèse explicative un possible effet de facteurs environnementaux, tels que l'exposition aux pesticides ou à la pollution atmosphérique (Spira et Multigner, 1998; Slama *et al.*, 2006).

La notion de risques pour la santé liés aux modes de vie a conduit à introduire la notion de mortalité « évitable liée aux comportements à risque »⁽⁵⁰⁾, il s'agit des décès dont la fréquence pourrait être diminuée par une modification des comportements individuels (Haut Comité de la Santé publique, 1994, p. 76). Entrent dans cette catégorie les cancers du poumon, les cancers des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage) ou les cirrhoses, dont la fréquence pourrait être diminuée par une modification des consommations individuelles de tabac et d'alcool. Dans un rapport publié en 1994, le Haut Comité de la Santé publique estimait que 35 % des décès survenant en France avant 65 ans sont des décès évitables liés aux

(48) La prématurité est définie par la naissance d'un enfant dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines de grossesse, compté depuis le premier jour d'aménorrhée. En France, le taux de prématurité est estimé à 7 % des naissances (Blondel *et al.*, 2005).

(49) Un poids à la naissance inférieur à 2,5 kg est considéré comme un faible poids à la naissance. En France, le taux de faible poids à la naissance est estimé à 8 % des naissances (Blondel *et al.*, 2005).

(50) « Les causes de mortalité évitables sont définies comme les causes de décès qui, compte tenu des connaissances médicales et de l'état du système de santé, devraient pouvoir être évitées ou du moins diminuées avant l'âge de 65 ans [les décès survenant avant 65 ans définissent la mortalité prématurée]. » (Haut Comité de la Santé publique, 1994, p. 76). On distingue au sein de la mortalité évitable, la mortalité évitable liée aux risques individuels et la mortalité évitable liée au système de soins.

comportements à risque, cette proportion étant deux fois plus importante chez les hommes (40 %) que chez les femmes (22 %) (Haut Comité de la Santé publique, 1994, p. 82-83).

Dans ce nouveau contexte épidémiologique, les comportements individuels apparaissent comme un axe de réflexion important dans la prévention de la maladie : l'individu devient alors le « gardien » de sa propre santé. Des « programmes d'éducation pour la santé » sont lancés pour informer les individus sur les « risques sanitaires » liés à leurs comportements, afin de leur donner des clés d'action pour protéger leur santé (et parfois celle de leurs proches comme nous le verrons dans le chapitre 9). Dans le domaine de la naissance, citons les programmes d'éducation pour la santé autour de la mort subite du nourrisson (MSN)⁽⁵¹⁾ lancés à partir du début des années 1990 dans différents pays occidentaux et visant à promouvoir le couchage des bébés en position dorsale⁽⁵²⁾, par exemple au Canada avec le slogan « Dodo sur le dos! ». En France, l'Inserm⁽⁵³⁾ estime que le risque de MSN est passé de 1,9 à 0,61 décès pour 1 000 naissances entre 1991 et 1996, soit une chute spectaculaire de près de 70 % en 5 ans (Sénécal *et al.*, 1998). Les campagnes d'éducation pour la santé portant sur les bébés sont désormais également tournées vers la prévention du syndrome du bébé secoué en recommandant de ne jamais secouer un enfant⁽⁵⁴⁾. La promotion du préservatif dans le cadre de la prévention de l'épidémie de sida dans les années 1990 est un autre exemple de ces campagnes d'éducation pour la santé (Ducot et Spira, 1993). L'approche de la santé par les comportements à risque semble donc placer l'individu comme acteur responsable de sa propre santé. Cependant, cette notion de « responsabilité » pose de nombreuses questions éthiques avec, pour principal écueil, la culpabilisation du patient face à sa maladie (Crawford, 1977; Shapiro et Shapiro, 1979).

Les modes de vie ne sont pas les seuls axes développés dans les programmes d'éducation pour la santé. Ainsi, les patients sont de plus en plus sollicités pour reconnaître les premiers symptômes pathologiques afin d'aller consulter dès les premiers stades de la maladie. L'individu devient alors une « sentinelle », chargée de guetter la survenue de la maladie. L'enjeu de ce « patient-sentinelle » est en fait devenu primordial avec le développement de traitements dont l'efficacité est proportionnelle à la précocité du diagnostic. Des programmes d'éducation pour la santé sont menés pour former les individus à ce rôle de

(51) Le syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) est le décès soudain, brutal et inattendu du jeune enfant, âgé de un mois à un an et apparemment en bonne santé, lors de son sommeil. Le syndrome est aussi connu sous son acronyme anglais SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*).

(52) En réalité, les programmes d'éducation proposent des mesures plus larges. Ainsi, dans sa brochure *Protégez votre enfant des accidents domestiques*, l'INPES émet 5 préconisations : (1) coucher le bébé seul dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une turbulette ou gigoteuse adaptée à sa taille, (2) coucher le bébé sur le dos, jamais sur le ventre ou le côté, (3) n'utiliser ni oreiller, ni couverture, ni couette, (4) maintenir la température de la chambre à 19°C, (5) ne jamais fumer en présence du bébé. (Document accessible sur Internet : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/978.pdf>, p. 30.)

(53) Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (www.inserm.fr).

(54) Une information sur le syndrome du bébé secoué est également accessible dans la brochure de l'INPES citée en note 52.

sentinelle, parfois en leur enseignant des gestes médicaux. Par exemple, la technique d'auto-palpation des seins dans le cadre de la politique de diagnostic précoce du cancer du sein (Bregetzer, 1977). Dans un tout autre registre, les femmes peuvent désormais guetter la survenue d'une grossesse à partir des tests urinaires vendus sans ordonnance en pharmacie. Citons enfin l'existence d'autotests permettant le dépistage de l'infection à VIH, mais sur lesquels le Comité national d'Éthique a émis d'importantes réserves dans un avis publié en novembre 2004 (Comité consultatif national d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2004)⁽⁵⁵⁾.

Les nouvelles connaissances épidémiologiques et les nouveaux traitements tendent donc à placer le patient en situation d'acteur de sa propre santé, avec un double rôle de gardien et de sentinelle de sa santé.

3. Le patient « auto-soignant »

Au-delà du rôle de prévention et de détection de la maladie, l'implication du patient dans la mise en œuvre du traitement médical a également évolué.

Cette évolution apparaît très clairement dans le cadre du développement des maladies « chroniques ». L'augmentation des maladies chroniques est largement à mettre en lien avec l'apparition de nouvelles thérapeutiques qui transforment des maladies autrefois létales en maladies chroniques : citons le cas du sida qui est désormais associé, avec l'apparition des multithérapies dans les pays occidentaux, à une maladie chronique (Scandlyn, 2000). Avec les maladies chroniques, le patient entre dans une ère de « gestion de sa maladie » (Bachimont, 1998, p. 181-182). Le diabète, qui touche entre 1,2 et 1,5 million de personnes en France, est un exemple d'une de ces maladies où un transfert d'informations médicales est effectué pour permettre au patient d'être autonome dans le contrôle quotidien de sa glycémie (Haut Comité de la Santé publique, 1998b). Ces malades chroniques sont désormais décrits comme des « auto-soignants » (Herzlich et Pierret, 1985) qui se sont appropriés un savoir médical et maîtrisent l'utilisation d'un matériel médical parfois très sophistiqué pour pratiquer des « autosoins ». Cette « gestion de la maladie » peut conduire à une véritable « médicalisation du domicile » (Bachimont, 1998), par exemple dans le cas d'une pratique à domicile d'hémodialyses⁽⁵⁶⁾ ou de nutrition entérale⁽⁵⁷⁾. Lorsque le malade chronique ne peut gérer lui-même sa maladie (enfant, personne âgée, handicapé), un pro-

(55) « Cette technique dite d'autotest, outre sa faible valeur diagnostique, ne peut pas s'inscrire dans une politique globale de prévention. Par ailleurs, elle laisse dans la solitude les personnes confrontées à la découverte de résultats positifs en ne favorisant pas leur prise en charge médicale et sociale, et fait courir des risques d'utilisation abusive et contraire aux droits des personnes. Au-delà des autotests pour le VIH, les objections émises dans cet avis pourraient s'appliquer à d'autres autotests. Pour ces raisons de santé publique, et d'ordre médical, social et éthique, le CNE met en garde contre la diffusion des autotests de dépistage de l'infection à VIH. » (Comité consultatif national d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), 2004, p. 14)

(56) L'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang par la création d'un circuit de circulation extracorporelle et son passage dans un dialyseur.

(57) La nutrition entérale est une technique d'alimentation artificielle apportant à l'organisme les nutriments (protéines, glucides et lipides) dont il a besoin, directement au niveau de l'estomac ou de l'intestin grâce à une sonde.

che du malade (souvent une femme) est sollicité pour assurer la gestion quotidienne de la maladie : J. Bachimont désigne cette personne sous le terme d'« auxiliaire médical profane » (Bachimont, 1998).

Cette médicalisation du domicile est la forme extrême d'une logique plus générale visant à « sortir » les soins de l'hôpital. Dans le cadre de la reproduction et plus spécifiquement de l'accouchement, qui n'est pas une maladie, l'idée de développer des structures telles que les « maisons de naissances » fait couler beaucoup d'encre, avec des débats passionnés entre les médecins eux-mêmes (Frydman, 2003 ; Marpeau, 2003). Pour l'IVG, le pas a été franchi : les IVG médicamenteuses peuvent, depuis 2004, être gérées « en ville » sans que la femme se rende à l'hôpital (cette question sera abordée plus en détail dans le chapitre 7). L'évolution du chirurgical vers des techniques médicamenteuses, moins invasives, s'observe également dans le traitement de la grossesse extra-utérine, bien que le traitement ait toujours lieu à l'hôpital. Ce traitement médicamenteux suppose une participation plus importante de la femme : le chapitre 10 aborde ce point en traitant du vécu des femmes selon le type de traitement pratiqué, chirurgical ou médicamenteux.

Au-delà de ces exemples, où l'on observe une véritable « division sociale du travail entre l'intra et l'extra-hospitalier » (Bachimont, 1998, p. 178), il est des situations où le patient décide de se « prendre la main » en s'autogérant seul : c'est le cas dans l'automédication. D'après un sondage réalisé en juin 2001 par la Sofres sur un échantillon de 954 personnes⁽⁵⁸⁾, 1 Français sur 4 pratique l'automédication « souvent » et 80 % des Français la pratiquent de souvent à rarement. Ces fréquences pourraient encore augmenter, encouragées par l'État qui envisage de développer l'automédication (pour les maux de tête, de gorge, d'estomac, légère fièvre, etc.), selon un article de Feryel Gadhoum publié dans *Le Figaro* du 27 décembre 2006, « Santé : le gouvernement veut favoriser l'automédication », et repris dans l'ensemble de la presse. Cette automédication, classiquement pratiquée dans le cadre de la pharmacie, a pris une nouvelle forme avec le développement d'Internet où le patient peut acheter toutes sortes de produits médicaux, en particulier ceux qu'il ne peut se fournir dans une officine française sans ordonnance. Ainsi, qui veut du Viagra® peut tout simplement se connecter sur Internet pour faire ses « emplettes » (Armstrong *et al.*, 1999).

Cette « prise en main » du patient s'exprime également dans ce qu'on appelle le « tourisme médical ». La reproduction est emblématique dans ce domaine : si dans les années 1960, les Françaises « prenaient leur valise » pour aller interrompre une grossesse en Angleterre, aujourd'hui, leurs « randonnées médicales » les poussent vers la Belgique pour avoir accès à des techniques médicales d'assistance à la reproduction telles que les FIV avec don d'ovocytes (Cohen, 2006).

(58) Les résultats de ce sondage sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/150601_automed.htm

4. *Démédicalisation ou fin du processus de médicalisation ?*

Gardien de sa santé, sentinelle prête à alerter en cas de symptômes, auto-soignant, les rôles du « patient » se sont diversifiés et le placent, dans bien des cas, comme acteur de sa propre santé. Comment interpréter cette évolution ? Certains y voient un processus nouveau de « démedicalisation » en soulignant le transfert à la fois de décisions et de connaissances du médical vers le patient ; d'autres, au contraire, y voient l'aboutissement ultime du processus de médicalisation (Lowenberg et Davis, 1994). Ainsi, en avant-propos de l'ouvrage *L'ère de la médicalisation*, Didier Fassin propose de y voir « la forme la plus achevée de la médicalisation » (Fassin, *in* Aïach, 1998, p. 6).

Conclusion

La médicalisation de la société place l'individu en situation d'acteur de santé, et un nouvel homme serait né : l'« *homo medicus* » (Pinell, 1992, p. 270-275)⁽⁵⁹⁾. Mais cette transformation du rôle des femmes et des hommes face au médical ne peut être abordée comme un simple transfert de connaissances. Elle soulève beaucoup des questions aussi bien pour les médecins que pour les patients. Dans cet ouvrage, l'idée a été de se placer du côté des patients, femmes et hommes, afin d'explorer les nouvelles problématiques soulevées dans le cadre de leur vie reproductive désormais profondément structurée par la médicalisation. Cette réflexion s'articule autour de trois grandes questions :

- Devant la nécessité de gérer une vie reproductive médicalisée, des différences pourraient se creuser entre les individus. La première partie de l'ouvrage s'interroge sur l'existence d'inégalités, en abordant différents aspects tels que les inégalités sociales de santé, les inégalités de genre ou encore les inégalités géographiques ;
- Les évolutions techniques et éthiques ouvrent la voie à un patient prenant une part active aux décisions concernant sa santé. Dans ce nouveau contexte, le poids réel du patient dans la prise de décision devient une question centrale qui sera abordée à travers quatre exemples, dans la deuxième partie de cet ouvrage ;
- Enfin, il apparaît important de s'interroger sur le vécu des femmes et des hommes dans cet univers hautement médicalisé. À partir de trois cas d'études, cette thématique est discutée dans la troisième partie de cet ouvrage.

Ouvrage collectif, ce livre s'appuie sur des chapitres écrits par des épidémiologistes, des sociologues, des psychosociologues, des économistes, des démographes : dans cette approche pluridisciplinaire, son ambition est d'avoir un regard croisé sur des problématiques qui interpellent désormais l'ensemble de la société, bien au-delà du seul monde biomédical.

(59) Ce terme d'« *homo medicus* » proposé par Patrice Pinell dans un ouvrage traitant du cancer est abordé par l'auteur de manière très critique : il qualifie la transformation du patient en « *homo medicus* » (souhaitée par les médecins) de « projet illusoire » (Pinell, 1992, p. 274).

Références bibliographiques

AÏACH P., 1998, « Les voies de la médicalisation » in *L'ère de la médicalisation*, Aïach P. et Delanoë D. (dir.), Paris, Anthropos, p. 15-36.

AÏACH P., DELANOË D., 1998, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos.

ANDERSEN A. N., GIANAROLI L., FELBERBAUM R., DE MOUZON J., NYGREN K. G., 2006, « Assisted reproductive technology in Europe, 2002. Results generated from European registers by ESHRE », *Human Reproduction*, 21(7), p. 1680-1697.

ARIÈS P., 1948, *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, PARIS, ÉDITIONS SELF.

ARMSTRONG K., SCHWARTZ J. S., ASCH D. A., 1999, « Direct sale of sildenafil (Viagra®) to consumers over the Internet », *New England Journal of Medicine*, 341(18), p. 1389-1392.

BACHIMONT J., 1998, « Les « soins hospitaliers à domicile » entre démedicalisation hospitalière et médicalisation du domicile » in *L'ère de la médicalisation*, Aïach P., Delanoë D. (dir.) Anthropos, p. 175-209.

BAJOS N. et BOZON M. (dir.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé*, enquête réalisée par l'Inserm, l'Ined et le soutien de l'ANRS, Paris, La Découverte.

BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., OUSTRY P., JOB-SPIRA N., 2003, « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 18(5), p. 994-999.

BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N., 2004, « La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation des premiers résultats de l'enquête Cocon. Introduction au dossier », *Population*, 59(3-4), p. 409-418.

BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M., 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? », *Population et sociétés*, 407, p. 1-4.

BALL N. T., 2000, « The reemergence of enlightenment ideas in the 1994 French bioethics debates », *Duke Law Journal*, 50(2), p. 545-587.

BAUBEAU D., MORAIS S., RUFFIÉ A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période », *Études et résultats (Dress)*, 21, p. 1-6.

BAULIEU E.-E., HÉRITIER F., LERIDON H. (dir.), 1999, *Contraception : contrainte ou liberté?* Travaux du Collège de France, Paris, Odile Jacob.

BAULIEU E.-E., 1989, « The Albert Lasker Medical Awards. RU-486 as an antiprogesterone steroid. From receptor to contraception and beyond », *Journal of American Medical Association*, 262(13), p. 1808-1814.

BAULIEU E.-E., 1990, *Génération pilule*, Paris, Éditions Odile Jacob.

BERGUES H., ARIÈS P., HÉLIN E., HENRY L., RIQUET R.-P., SAUVY A., SUTTER J., 1960, *La prévention des naissances dans la famille : ses origines dans les temps modernes*, Paris, Ined, coll. « Travaux et Documents », n° 35.

BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN (du) C., BREART G., 2005, *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*, Paris, Direction générale de la Santé (DGS), Services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI), direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

(Drees), l'Unité de Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes (Unité 149) de l'Inserm, <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>

BOLTANSKI L., 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, coll. « NRF Essais », Paris, Éditions Gallimard.

BOUYER J., COSTE J., FERNANDEZ H., JOB-SPIRA N., 1998, « Tabac et grossesse extra-utérine. Arguments en faveur d'une relation causale », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46(2), p. 93-99.

BOZON M., 2001, « Sexualité et genre » in Laufer J., Marry C., Maruani M. (dir.) *Masculin-féminin : questions pour les sciences de l'homme*, coll. « Sciences sociales et sociétés », Paris, Puf, p. 169-186.

BOZON M., 2003, « Sexualité, genre et sciences sociales : naissance d'un objet » in Ignasse G., Welzer-Lang D. (dir.), *Genres et sexualités*, Paris, L'Harmattan, p. 21-26.

BRÉART G., 2005, « À propos de la loi Bioéthique », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(1-2), p. 1.

BRÉART G., DE MOUZON J., 1995, « AMP vigilance », *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 179(8), p. 1759-1764.

BREGETZER J., 1977, « Une campagne exemplaire pour l'auto-examen du sein », *La Revue de l'Infirmière*, 27(10), p. 857-860.

BROCK D. H., 1991, « The doctor as dramatic hero », *Perspectives in Biology and Medicine*, 34(2), p. 279-295.

BROUARD N., 1987, « Sida : durée d'incubation, taux de croissance, taux de reproduction nette », *Population*, 42(6), p. 797-818.

BUISSON G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionale », *Études et résultats (Drees)*, 225, p. 1-8.

CARLSEN E., GIWERCMAN A., KEIDING N., SKAKKEBAEK N. E., 1992, « Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years », *British Medical Journal*, 305(6854), p. 609-613.

CLARKE G. N., 2006, « ART and History, 1678-1978 », *Human Reproduction*, 21(7), p. 1645-1650.

COHEN B.-F., 2001, *Un bébé mais pas à tout prix. Les dessous de la médecine de la reproduction*, Paris, JC Lattès.

COHEN J., MADELENAT P., LEVY-TOLEDANO R. (dir.), 2000, *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France? État des lieux et perspectives en 2000*, Paris, Éditions Eska.

COHEN J., 2006, « Le tourisme procréatif : un pis-aller », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 13(1), p. 145-146.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, 1999, « Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra. Réponse au secrétaire d'État à la santé ». *Avis du CNNE*, 62.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, 2004, « Problèmes posés par la commercialisation d'autotests permettant le dépistage de l'infection VIH et le diagnostic de maladies génétiques », *Avis du CNNE*, 86.

CONRAD P., 1992, « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, 18, p. 209-232.

CRAWFORD R., 1977, « You are dangerous to your health : the ideology and politics of victim blaming », *International Journal of Health Services : planning, administration, evaluation*, 7(4), p. 663-680.

DAGUET F., 2002, *Un siècle de fécondité française : caractéristiques et évolution de la fécondité de 1901 à 1999*, Insee Résultats, coll. « Société », n° 8.

DE MOUZON J., SPIRA A., SCHWARTZ D., 1988, « A prospective study of the relation between smoking and fertility », *International Journal of Epidemiology*, 17(2), p. 378-384.

DE MOUZON J., BACHELOT A., SPIRA A., 1993, « Establishing a national in vitro fertilization registry : methodological problems and analysis of success rates », *Statistics in Medicine*, 12(1), p. 39-50.

DE MOUZON J., THONNEAU P., SPIRA A., MULTIGNER L., 1996, « Declining sperm count. Semen quality has declined among men born in France since 1950 », *British Medical Journal*, 313(7048), p. 43, discussion p. 44-45.

DRULHE M., 1996, *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, Puf.

DUCOT B., SPIRA A., 1993, « Les comportements de prévention du sida », *Population*, 48(5), p. 1479-1504.

FASSIN D., 1998, « Les politiques de la médicalisation » in Aiach P. et Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, p. 1-13.

FAURE O., 1998, « La médicalisation vue par les historiens » in Aiach P. et Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, p. 53-58.

FESTY P., 1979, *La fécondité des pays occidentaux de 1870 à 1970*, coll. « Travaux et documents », n° 85, Paris, Ined.

FLANDRIN J.-L., 1981, *Le sexe de l'Occident*, Paris, Le Seuil.

FRYDMAN R., OLIVENNES F., 1992, « Stérilité et procréations médicalement assistées », *La Revue du praticien - Médecine générale*, 42(7), p. 872-876.

FRYDMAN R., 1997, *Dieu, la médecine et l'embryon*, Paris, Odile Jacob.

FRYDMAN R., 2003, « Accouchement en 2003 : quelle médicalisation ? L'accouchement en maison de naissance hospitalière », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(4), p. 388-390.

FRYDMAN R., 2005, « À propos de la loi bioéthique », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(9), p. 725-726.

GELIS J., LAGET M., MOREL M.-F., 1978, *Entrer dans la vie : naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Gallimard-Julliard (Paris).

GELIS J., 1988, *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard.

- GIAMI A., 2000, « Médicalisation de la société et médicalisation de la sexualité » in Jardin A., Queneau F., Guiliano F., *Progrès thérapeutiques : la médicalisation de la sexualité en question*, (dir.), Paris, John Libbey Eurotext, p. 121-130.
- GIAMI A., LERIDON H. (dir.), 2000, *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Ined-Inserm, coll. « Questions en santé publique ».
- GIAMI A., 2004, « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité » in Fassin D. et Memmi D., *Le gouvernement des corps*, (dir.), Paris, Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figure », p. 77-108.
- GIAMI A., SPENCER B., 2004, « Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 52(4), p. 377-387.
- GORI R., DEL VOLGO M.-J., 2004, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- GUIBERT-LANTOINE (de) G., 1998, « La contraception en France. Un bilan après 30 ans de libéralisation », *Population*, 53(4), p. 785-811.
- GUTIERREZ H., HOUDAILE J., 1983, « La mortalité maternelle en France au XVII^e siècle », *Population*, 38(6), p. 975-994.
- HARE E. H., 1962, « Masturbatory insanity : the history of an idea », *Journal of Mental Science*, 108(452), p. 1-25.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1994, *La santé en France*.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1998a, *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1998b, *Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient*.
- HENRY L., 1978, « Fécondité des mariages dans le quart Sud-Est de la France de 1670 à 1829 », *Population*, 33(4-5), p. 855-883.
- HERZLICH C., PIERRET J., 1985, « Le cas des malades chroniques : l'auto-soignant, le savoir et les techniques médicales », *Culture technique*, 15, p. 138-145.
- HILL J., 1987, « The doctor as hero in nineteenth-century British fiction », *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society. Alpha Omega Alpha*, 50(2), p. 31-33.
- HIMES N. E., 1963, *Medical history of contraception*, New York, Gamut Press.
- ILLICH I., 1975, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Le Seuil.
- JAEGER M., 1998, « La médicalisation psychiatrique de la "peine de vivre" » in Aiach P. et Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, p. 135-158.
- KMIETOWICZ Z., 2004, « Smoking is causing impotence, miscarriages, and infertility », *British Medical Journal*, 328(7436), p. 364.
- KRANE R.J., GOLDSTEIN I., SAENZ DE TEJADA I., 1989, « Impotence », *New England Journal of Medicine*, 321(24), p. 1648-1659.

LA ROCHEBROCHARD (de) E., 2003, « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », *Population*, 58(4-5), p. 549-586.

LA ROCHEBROCHARD (de) E., LERIDON H., 2005, L'extension du recours à l'aide médicale pour procréer s'accompagne-t-elle d'un sentiment croissant d'infertilité dans la population française?, XXV^e Congrès International de la Population, 18-23 juillet 2005, Tours (France).

LALLEMANT M., LE CŒUR S., TARANTOLA D., MANN J., ESSEX M., 1994, « Antiretroviral prevention of HIV perinatal transmission », *The Lancet*, 343(8910), p. 1429-1430.

LANCET EDITORIAL, 2005, « Chlamydia-a testing issue », *The Lancet*, 365(9460), p. 630.

LANDRY A. (préface d'A. Girard), 1982 (réédition du texte de 1934), *La révolution démographique. Études et essais sur les problèmes de population*, Paris, Ined, coll. « Les classiques de l'économie ».

LAUMANN E. O., GAGNON J. H., MICHAEL R. T., MICHAELS S., 1994, *The social organization of sexuality : sexual practices in the United States*, Chicago, London, The University of Chicago Press.

LE BRETON D., 1998, « Réflexions sur la médicalisation de la douleur » in Aïach P., et Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, p. 159-174.

LERIDON H., CHARBIT Y., COLLOMB P., SARDON J. P., TOULEMON L. (dir.), 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, coll. « Travaux et documents », n° 117.

LERIDON H., TOULEMON L., 1990, « La fin des naissances non désirées », *Données sociales*, Insee, p. 293-296.

LERIDON H., 1991, « Stérilité et hypofertilité : du silence à l'impatience? », *Population*, 46(2), p. 227-248.

LERIDON H., 1998, *Les enfants du désir : une révolution démographique*, Paris, Hachette Littératures, coll. « Pluriel ».

LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N., ÉQUIPE COCON, 2002, « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et Sociétés*, (381), p. 1-4.

LOWENBERG J.-S., DAVIS F., 1994, « Beyond medicalisation-demedicalisation : the case of holistic health », *Sociology of Health and Illness*, 16(5), p. 579-599.

MAKDESSI-RAYNAUD Y., 2005, « La prévention : perceptions et comportement, premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 », *Études et résultats (Dress)*, 385, p. 1-8.

MANDELBROT L., LE CHENADEC J., BERREBI A., BONGAIN A., BENIFLA J. L., DELFRAISSY J. F., BLANCHE S., MAYAUX M. J., 1998, « Perinatal HIV-1 transmission : interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort », *Journal of American Medical Association*, 280(1), p. 55-60.

MARPEAU L., 2003, « Accouchement en 2003 : quelle médicalisation? Pour la médicalisation de l'accouchement », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(4), p. 390-392.

MASSIN B., 2000, « Stérilisation eugénique et contrôle médico-étatique des naissances en Allemagne nazie (1933-1945) : la mise en pratique de l'Utopie biomédicale », p. 63-122 in Giami A. et Leridon H. (dir.) *Les enjeux de la stérilisation*, Questions en Santé publique, Paris, Ined/Inserm.

MCLAREN A., 1990, *A history of contraception : from antiquity to the present day*, Cambridge, Oxford University Press.

MEYER L., CARRE N., 1996, « Les cofacteurs dans l'évolution de l'infection par le VIH », *La Presse médicale*, 25(8), p. 379-380, 382-374.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Drees, 2001, *Données sur la situation sanitaire en France en 2000*, Paris, Drees.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, DREES, 2002, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002*, Paris, Drees.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, DREES, 2003, *Données sur la situation sanitaire en France en 2003*, Paris, Drees.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, DREES, 2004, *Données sur la situation sanitaire en France en 2004. Annexe A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005*, Paris, Drees.

MOATTI J. P., SPIRE B., DURAN S., 2000, « Un bilan des recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection à VIH : au-delà des modèles biomédicaux? [A review of socio-behavioural studies on adherence to antiretroviral treatments : beyond biomedical models?] », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48(2), p. 182-197.

MORMICHE P., 1994, « Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 : consommation médicale de ville », *Insee Résultats*, Paris, Insee.

MORMICHE P., 1998, « La médicalisation des comportements vue selon les résultats des enquêtes "santé-soins médicaux" » in Aïach P. et Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, p. 99-133.

MORTIMER P., 2006, « Robert Cory and the vaccine syphilis controversy : a forgotten hero? », *The Lancet*, 367(9516), p. 1112-1115.

MOYNIHAN R., HEATH I., HENRY D., 2002, « Selling sickness : the pharmaceutical industry and disease mongering », *British Medical Journal*, 324(7342), p. 886-891.

MOYNIHAN R., 2003, « Urologist recommends daily Viagra to prevent impotence », *British Medical Journal*, 326(7379), p. 9.

MOYNIHAN R., 2003, « The making of a disease : female sexual dysfunction », *British Medical Journal*, 326(7379), p. 45-47.

NABET C., ANCEL P. Y., BURGUET A., KAMINSKI M., 2005, « Smoking during pregnancy and preterm birth according to obstetric history : French national perinatal surveys », *Paediatrics and Perinatal Epidemiology*, 19(2), p. 88-96.

NIEL X., 2002, « L'harmonisation des données de démographie médicale en France », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 42(1), p. 5-35.

NOONAN J. T., 1965, *Contraception. A History of its Treatment by the Catholic Theologians and Canonists*, Cambridge, Harvard University Press.

PALERMO G., JORIS H., DEVROEY P., VAN STEIRTEGHEM A. C., 1992, « Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte », *The Lancet*, 340(8810), p. 17-18.

PHILIBERT M., BOISBRAS F., BOUVIER-COLLE M. H., 2006, « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 50, p. 392-399.

PINELL P., 1992, *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié.

PISON G., 2005, « France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans », *Population et Sociétés*, 410, p. 1-4.

POLLAK M., 1988, « La diffusion différentielle de l'épidémie du Sida. Une approche sociologique », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 3, p. 243-262.

PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (ASRM), 2004, « Smoking and infertility », *Fertility and Sterility*, 82 (suppl. 1), p. 62-67.

RAMLAU-HANSEN C. H., THULSTRUP A. M., AGGERHOLM A. S., JENSEN M. S., TOFT G., BONDE J. P., 2007, « Is smoking a risk factor for decreased semen quality? A cross-sectional analysis », *Human Reproduction*, 22(1), p. 188-196.

REVAULT D'ALLONNES C., 1976, *Le mal joli. Accouchements et douleur*, Paris, Christian Bourgeois Éditeur, coll. « 10/18 ».

RING M. E., 2006, « Jonathan Taft : dentistry's great forgotten hero », *Journal - California Dental Association*, 34(1), p. 45-51.

ROEGIERS L., 2003, *La grossesse incertaine : de la décision médicale au lien prénatal*, Paris, Puf.

RUTKOW I.M., 2002, « Stephen Smith (1823-1922) : a forgotten surgical hero », *Archives of surgery*, 137(12), p. 1448.

SCANDLYN J., 2000, « When AIDS became a chronic disease », *Western Journal of Medicine*, 172(2), p. 130-133.

SÉNÉCAL J., ROUSSEY M., BOUVIER-COLLE M. H., HATTON F., PACLOT C., 1998, « À propos de la mort subite du nourrisson », *Population*, 53(4), p. 841-846.

SERMET C., 1993, *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 : méthodologie*, Paris, Irdes (Institut de recherches et de documentation en économie de la santé).

SHAPIRO J., SHAPIRO D. H., J.-R., 1979, « Sounding board. The psychology of responsibility : some second thoughts on holistic medicine », *New England Journal of Medicine*, 301(4), p. 211-212.

SHEN J. T., 1982, « Adolescent sexual counselling », *Postgraduate Medicine*, 71(5), p. 91-93, p. 96-97, p. 100.

SKAKKEBAEK N. E., RAJPERT-DE MEYTS E., MAIN K. M., 2001, « Testicular dysgenesis syndrome : an increasingly common developmental disorder with environmental aspects », *Human Reproduction*, 16(5), p. 972-978.

SKRABANEK P., 1995, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob.

- SLAMA R., JEGOU B., CORDIER S., 2006, « Nouvelles avancées dans l'étude de l'influence de l'environnement sur la santé reproductive masculine », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(2), p. 167-174.
- SPIRA A., SERVENT B., 1976, « Smoking and the foetus », *The Lancet*, 1(7974), p. 1416-1417.
- SPIRA A., 1986, « Epidemiology of human reproduction », *Human Reproduction*, 1(2), p. 111-115.
- SPIRA A., 1994, « Contraception by the end of the 20th century », *Human Reproduction*, 9(3), p. 445-447.
- SPIRA A., MULTIGNER L., 1998, « The effect of industrial and agricultural pollution on human spermatogenesis », *Human reproduction*, 13(8), p. 2041-2042.
- STEPTOE P. C., EDWARDS R. G., 1978, « Birth after the reimplantation of a human embryo », *The Lancet*, 2(8085), p. 366.
- TESTART J., FRYDMAN R., 1982, « Accouchement à terme après transfert *in utero* d'un embryon obtenu par fécondation externe », *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 11(7), p. 855-859.
- THONNEAU P., MARCHAND S., TALLEC A., FÉRIAL M. L., DUCOT B., LANSAC J., LOPES P., TABASTE J. M., SPIRA A., 1991, « Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989) », *Human reproduction*, 6(6), p. 811-816.
- TOULEMON L., LERIDON H., 1991, « Vingt années de contraception en France : 1968-1988 », *Population*, 46(4), p. 777-812.
- TOULEMON L., LERIDON H., 1995, « La diffusion des préservatifs : contraception et prévention », *Population et sociétés*, 301, p. 1-4.
- VAN DE WALLE E., 2005, « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne? », *Population et sociétés*, 418, p. 1-4.
- VAYENA E., ROWE P. J., GRIFFIN P. D. (eds), 2002, *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Report of a meeting on « Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction » held at WHO headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001, Geneva, World Health Organization.
- VILAIN A., PERETTI (de) C., HERBET J.-B., BLONDEL B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, 383, p. 1-7.
- VIRAG R., 1982, « Intracavernous injection of papaverine for erectile failure », *The Lancet*, 320(8304), p. 938.
- VIRAG R., 1997, *Le sexe de l'homme*, Paris, Albin Michel.
- WARSZAWSKI J., GOULET V., 2006, « Dépistage systématique des infections à *Chlamydia trachomatis* : il est temps d'agir », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 37-38, p. 275-276.
- WERTZ D. C., FLETCHER J. C., 1993, « A critique of some feminist challenges to prenatal diagnosis », *Journal of Women's Health*, 2(2), p. 173-188.
- WILBANK E., 1972, « The doctor as romantic hero. A study of idealization », *Journal of American Medical Association*, 220(1), p. 54-57.

WILDMAN K., BOUVIER-COLLE M. H., 2004, « Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(2), p. 164-169.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2004, *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*, 57^e assemblée mondiale de la santé, mai 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2004, « Sexual health - a new focus for WHO », *Progress in reproductive health research*, 67, p. 1-8.

