Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

87 | 2013

87

Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine

Judith Hermann-Mesfen

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1545>

DOI : 10.4000/amades.1545

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 18 juillet 2013

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Judith Hermann-Mesfen, « Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine », *Bulletin Amades* [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 29 juillet 2013, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1545> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1545>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine

Judith Hermann-Mesfen

- 1 En 2012, le VIH/sida a eu trente ans et l'infection continue de toucher deux fois plus de femmes que d'hommes (ONUSIDA, 2010). En décembre de cette même année, les pilules contraceptives de troisième et quatrième générations sont mises en cause car leur prise double le risque de thrombose.
- 2 Dans ce contexte, il m'a semblé intéressant de chercher à déterminer la mesure dans laquelle hommes et femmes étaient égaux en termes de protection de leur santé sexuelle et reproductive. En effet, les outils de protection de cet aspect de la santé, leur développement voire leur existence même révèlent la manière dont sont pensées et catégorisées la procréation et la sexualité. Je me suis donc penchée sur l'existence, les états de la diffusion et distribution, les usages (potentiels) de deux outils de protections, de ce que les instances internationales appellent de manière générique, la santé de la reproduction¹ : le préservatif féminin et la pilule masculine. Deux raisons m'ont amené à opérer une comparaison de ces deux objets.
- 3 La première tient d'abord et très prosaïquement à leurs noms et aux transferts dont ils ont fait l'objet. En effet, le préservatif est dans l'imaginaire collectif, en France comme ailleurs, d'abord masculin, ce sont les hommes qui les portent et cet objet est aujourd'hui très largement diffusé. Le préservatif féminin est sémantiquement né après le préservatif masculin, et dans le vocable commun, l'ajout de l'adjectif « féminin » est une nécessité pour spécifier qu'il est porté par les femmes. Métaphoriquement, il semble donc avoir été « féminisé ». La pilule, quant à elle, est un outil de prévention des grossesses non désirées d'abord et avant tout destinée, là encore en France et plus généralement à l'échelle mondiale, aux femmes. Comme le terme « préservatif », le mot « pilule » se suffit presque à lui-même, il est employé de manière métonymique devenant presque un symbole. Et il va de soi que seules les femmes la prennent. La majorité de la population française sait qu'il s'agit d'hormones de synthèse qui empêchent l'ovulation. A l'instar du préservatif, il faut ajouter l'adjectif « masculine »

pour désigner la pilule que les hommes pourraient prendre. La pilule a donc été sémantiquement « masculinisée ».

- 4 La deuxième raison m'ayant incitée à mettre en regard ces deux objets ou techniques, le préservatif féminin et la pilule masculine, réside dans leur diffusion voire leur existence même. En effet, la disponibilité, la visibilité du préservatif féminin est bien moins importante que son « homologue » masculin. Il suffit pour s'en convaincre d'une rapide incursion à la pharmacie ou au supermarché les plus proches de chez soi en France, mais aussi dans de nombreux pays. Il est facile d'y observer le grand nombre de préservatifs masculins à disposition (ou du moins leur présence) et la quasi-absence (voire totale) du préservatif féminin. Quant à la pilule masculine, elle n'existe guère à l'heure actuelle et, là encore, une simple question à son médecin généraliste ou au pharmacien assoit le constat de son absence. Il s'agit donc dans ce billet de proposer un bilan succinct quant à ces deux outils de protection de la santé sexuelle et reproductive, de s'interroger et de proposer des pistes d'analyses pouvant expliquer l'inexistence de la pilule masculine et la faible diffusion du préservatif féminin.

Des hommes et des hormones : une pilule masculine impossible à « avaler » ?

- 5 Les moyens contraceptifs hormonaux masculins ont été conçus dans les années 1960 en France mais ne sont, à ce jour, pas commercialisés. En 1996, J.C. Czyba, médecin spécialisé en andrologie, rappelait que la contraception masculine accusait un retard certain par rapport à la contraception féminine. L'auteur ajoute qu'elle est « pauvre en événements » (1996 : 256) ayant débouché sur des découvertes significatives hormis le préservatif, mais qui est d'abord et reste un outil de protection des infections sexuellement transmissibles (Czyba, 1996 : 257).
- 6 La maîtrise de la fécondité masculine débute dès le XVIII^e siècle avec l'apparition de la vasectomie. Dans les années 1960, elle demeure la technique la plus couramment employée qui, en provoquant une azoospermie (absence de spermatozoïdes dans le sperme), rend les hommes inféconds. Cependant, cette technique n'étant guère réversible n'est que peu utilisée. Dans les années 1970, environs dix ans après la découverte des hormones présidant au cycle ovarien et à la spermatogenèse, des biologistes, aux USA et en Europe, mènent les premiers essais de contraception masculine fondés sur la manipulation hormonale². Ils ont montré que l'injection d'une forte dose de testostérone (considérée comme l'hormone masculine par excellence) générerait une azoospermie conséquente, quoique non encore suffisante pour être considérée comme efficace.
- 7 En 2004, le docteur C. Jimenez propose une recension de la littérature sur l'état des recherches quant à la contraception hormonale masculine. Il établit que dans les années 1980 et 1990, l'OMS a soutenu deux études (multinationales et multicentriques) qui ont montré qu'une administration hebdomadaire de testostérone intramusculaire assurait une contraception efficace, « assez proche du résultat obtenu pour une contraception hormonale féminine » (Jimenez, 2004 : 276-277).
- 8 Cependant, cette technique est considérée comme trop contraignante car elle suppose une injection intradermique quotidienne. D'autres techniques ont fait l'objet d'études et de recherches depuis les années 1970. Trois méthodes sont actuellement à l'étude :

« La méthode hormonale, l'immuno-contraception (vaccin contraceptif) et enfin, la méthode non hormonale agissant soit sur la spermatogenèse soit sur la maturation [...] des spermatozoïdes » (*ibid.* : 276).

- 9 La méthode hormonale est similaire à celle employée pour la pilule féminine : il s'agit de contrôler la production d'hormones responsables de la spermatogénèse « et de maintenir un taux physiologique circulant de testostérone » (*ibid.*) afin d'atteindre une azoospermie empêchant la fécondation de l'ovule. Les deux autres méthodes (le vaccin contraceptif et la méthode non-hormonale) n'ont pas montré autant de résultats que la voie hormonale. D'après l'auteur, en 2004, cette dernière était au point et aurait nécessité d'être testée dans le cadre de sa délivrance dans les plannings familiaux. Car,

« [c]hez l'homme, l'acceptabilité est principalement fonction du maintien de la libido et de la puissance sexuelle. » (*ibid.* : 276).
- 10 Pourtant, force est de constater, qu'en France, cette possibilité n'est pas offerte aux couples.
- 11 L'absence d'une contraception masculine autre que le préservatif et la vasectomie a fait l'objet de récentes études par N. Oudshoorn (1999 ; 2000 ; 2003) et C. Desjeux (2009). Nelly Oudshoorn établit que

« Depuis la seconde guerre mondiale, treize nouveaux contraceptifs féminins ont été mis au point alors que les contraceptifs masculins sont à peu près inchangés depuis quatre cents ans. La responsabilité contraceptive, avec les risques qui en découlent pour la santé, est donc attribuée principalement aux femmes. » (1999 : 139).
- 12 Elle montre que scientifiques, journalistes et féministes ont contribué à construire des représentations des hommes et de la contraception masculine variant entre deux pôles opposés : absence d'obstacles culturels à « l'acceptabilité de ces techniques » et le caractère « utopique » d'une telle entreprise (*ibid.*). C. Desjeux (2009) mène une analyse micro-sociale auprès d'hommes et de femmes âgés entre 20 et 30 ans. L'auteur dégage deux principales raisons invoquées pour justifier le refus d'une contraception masculine. La première émane des femmes qui auraient une confiance relative dans la capacité des hommes à prendre en charge la contraception car en cas d'oubli, les conséquences (soit les risques de grossesse) seront portées par les femmes. La deuxième tient aux représentations de la masculinité et de la virilité : la prise de la « pilule » est associée à la crainte d'induire des troubles de l'éjaculation et de l'érection ; au risque de « féminisation »³ ; au risque d'impuissance ; à une dévaluation de l'identité masculine « ébranlé[e] par la perte de leur virilité » ; à la peur des effets secondaires observés chez les femmes (risque de cancer, changement d'humeur, prise de poids, dérèglement de la fécondité) (2009 : 54). Enfin, les hommes éprouvent une certaine appréhension face à la contrainte de la prise quotidienne de la pilule (*ibid.*). Pourtant, l'auteur montre aussi que si la contraception est encore largement portée par les femmes, « la place des hommes se construit dans une dynamique d'interaction avec les partenaires ». Leurs difficultés dont les hommes sont témoins « favorisent la construction d'une sensibilité contraceptive » (*ibid.* : 60). Dès lors, quoique les hommes aient toujours une posture plutôt distancée quant à la contraception, de nouvelles pratiques et perceptions « laisse[ent] entrevoir un "genre en transformation" » qui peut « potentiellement modifier les normes et proposer de nouveaux scénarios d'usages » (*ibid.* : 61).
- 13 Il apparaît donc que la pilule féminine est plutôt conçue comme un objet, un outil spécifiquement féminin. L'inexistence (ou plutôt son absence de diffusion) de la pilule masculine révèle sa difficile « masculinisation » qui rencontre plus d'opposition que la

« féminisation » du préservatif puisque celui-ci existe et est diffusé, quoique de manière réduite. Le risque de « féminisation » perçu par les hommes réticents à prendre en charge la contraception est à ce titre tout à fait significatif. Associée à la perte de virilité, aux troubles de l'éjaculation et de l'érection, elle mettrait en péril les constructions de la masculinité et de la virilité « classiques ». Il semble, en outre, que la sexuation des hormones (Sinding, 2003) ait pour conséquence (et soit fondée sur) l'association pilule-hormone-femme et rendrait plus délicate la conception même d'une contraception de longue durée mais réversible destinée aux hommes. J.-P. Gaudillière rappelle que

« Les identités de genre ont été au cœur des processus matériels, cognitifs et sociaux qui ont "fait" les savoirs du sexe. » (2003 : 57).

- 14 J.-P. Gaudillière (2003) et N. Sinding (2003) à la suite des travaux de N. Oudshoorn (1994) montrent que les œstrogènes et la progestérone furent considérés comme des hormones sexuelles femelles tandis que les androgènes et la testostérone furent envisagées comme des hormones sexuelles mâles alors que ces quatre hormones sont présentes, quoiqu'en quantité variable, chez les hommes comme chez les femmes. Les recherches sur les hormones ont donc abouti à naturaliser les définitions des sexes en leur trouvant des fondements génétiques et hormonaux qui, encore aujourd'hui, dominant et façonnent nos conceptions des sexes (Gaudillière, 2003 : 57-58).
- 15 Dans la lignée des travaux de Ludvik Fleck sur les styles de pensée (2008) et des « réseaux » de Bruno Latour (1989 ; 1997), Nelly Oudshoorn (1994) analyse la manière dont les laboratoires pharmaceutiques et cliniques ainsi que les médecins des années 1920-30, sont partis de l'idée et ont petit à petit construit une image, une conception des femmes comme des êtres hormonaux, à la différence des hommes.
- 16 La force de cette association femme-hormone me paraît sensible dans le discours des hommes quant à l'idée de pouvoir prendre une « pilule masculine » permettant de contrôler leur fécondité. Ne pourrait-on pas poser l'hypothèse d'une association pilule-femme-hormone trop ancrée et puissante pour être masculinisée ? Selon cette hypothèse, de nombreux hommes verraient dans la prise d'une pilule masculine contenant des hormones une remise en cause de leur virilité, qui traditionnellement n'y est pas associée.
- 17 La non-existence de la pilule masculine résiderait donc pour une large part dans l'association femme-hormone et se fonderait sur le défaut de connaissance du processus de production des spermatozoïdes. Cette situation concourt à faire porter la maîtrise de la fécondité au sein du couple principalement, voire uniquement sur les femmes, quand bien même le préservatif y participe marginalement.

Le préservatif féminin, la femme surexposée aux MST/sida et la « putain »

- 18 Au début du XX^{ème} siècle⁴, un préservatif féminin, appelé le « pratique » connut un certain succès. Les tenants du courant néo-malthusien le promouvaient dans le cadre du contrôle des naissances. Toutefois, l'époque étant celle de la propagande nataliste⁵, l'outil fut mit de côté. Par la suite, et contrairement à son homologue masculin, il fut relégué aux oubliettes (Vidal, 1993 ; Freundlich, 2003). En 1984, le préservatif féminin est (ré)inventé et six ans plus tard, la société américaine Female Health Company (FHC)

achète le brevet et le développe à l'échelle industrielle. Il recevra l'agrément de la Food and Drug Administration trois ans plus tard, en 1993. Il est alors considéré comme « étant un sûr et efficace moyen de contraception et de protection des IST [Infections sexuellement transmissibles] dont le sida » (Peters et al., 2007 : 119). La Fondation américaine de recherche sur le sida évaluera son efficacité à un taux situé entre 94 et 97% contre le risque d'infection par le VIH s'il est correctement utilisé, soit le même taux que son homologue masculin (FHI, 1995 ; OMS, 1997).

- 19 En 1993, le préservatif féminin est disponible sur le marché américain et, dans le même temps, la féminisation de l'épidémie du sida est attestée. Pourtant, jusqu'en 1997 son existence demeure très confidentielle et l'outil n'est guère diffusé (ou accessible) sur le marché. Cette année-là se tient la première conférence sur le préservatif féminin aux USA durant laquelle de « nombreuses femmes du monde entier ont clairement exprimé leur désir d'utiliser le préservatif féminin » (AISCAPE, 1997 :7)⁶. Suite à cette première conférence, des plans d'actions sont mis en place et le préservatif féminin est distribué dans trois pays d'Afrique sub-saharienne (Afrique du Sud, Zimbabwe, Ghana) et au Brésil (Warren et Philpott, 2003). La situation évolue timidement mais repose largement sur les programmes d'aides bilatéraux et des instances internationales (OMS, ONUSIDA FNUAP) qui en achètent en vue de leur distribution dans quelques pays affectés par le VIH. En effet, en 2003, H. Freundlich établit que 90 % de la diffusion du préservatif féminin au niveau international est le fait de ces programmes et de ces instances. Le circuit commercial privé représente 10 % des ventes totales et n'existe que dans une vingtaine de pays⁷. En 2010, le rapport d'activité annuel de la FHC établit que le préservatif féminin est distribué, tous secteurs confondus, dans 112 pays, quant à la proportion entre les secteurs publics (subventionnés) et le circuit commercial, elle n'a que peu évolué. Aujourd'hui encore, la FHC demeure le seul fabricant de préservatif féminin au monde. Malgré les demandes de baisse du prix du préservatif féminin, celui-ci demeure à l'unité entre 10 à 30 fois plus cher que son homologue masculin.
- 20 En 2010, Anny Peters, Zilly Jansen et Francien van Driel font le constat d'une stratégie de marginalisation du préservatif féminin par les différents acteurs de la lutte contre le sida et ce malgré les demandes émanant des utilisatrices et utilisateurs (2010 : 119). A contrario, en 2007, 3 milliards de préservatifs masculins ont été distribués par les donateurs recensés par le FNUAP (FNUAP, 2007). La même année, la FHC établit que 26 millions de préservatifs ont été distribués ou achetés à travers le monde (*ibid.* ; FHC, 2007). C'est-à-dire qu'à l'échelle mondiale, en 2007, pour plus de 100 préservatifs masculins vendus, un seul préservatif féminin a été acheté. Enfin, dans les trois pays d'Afrique où les plans d'action avaient été mis en place en 1997 (Afrique du Sud, Zimbabwe, Ghana), le bilan n'est pas meilleur : l'accessibilité du préservatif féminin demeure incertaine et douteuse (Peters et al., 2010 : 123). H. Freundlich, responsable à Sida Info Service de la promotion du préservatif féminin, pose le même bilan pour la France, même si les demandes des utilisatrices et utilisateurs semblent moins nettement en faveur de son développement⁸. A titre d'exemple, à Marseille, lors d'une manifestation en octobre 2012, le CAARUD (Centre d'Accueil à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) proposait (notamment) des préservatifs masculin et féminin. Le CAARUD disposait et distribuait 10 fois moins de préservatifs féminins que masculins, ce décalage témoignant de sa plus faible diffusion. Interrogé sur ce point, le responsable l'expliquait par son manque de stock, sans plus de précisions.

- 21 A l'instar de la pilule masculine, trois faisceaux de raisons ou causes concomitantes pourraient expliquer la faible utilisation du préservatif féminin par rapport à son homologue masculin. Différents acteurs impliqués dans la prévention des risques⁹ et la prévention et protection de la santé sexuelle et reproductive mettent en avant une première série d'arguments expliquant cette disproportion : cherté du produit, absence de choix (un seul modèle existe), difficulté d'approvisionnement (moins diffusé que le préservatif masculin). Deuxième faisceau d'éléments, Hélène Freundlich ainsi qu'une interlocutrice de l'OMS avancent que la FHC est le seul fabricant de cet outil. Les recherches n'ayant guère reçu de financements ou de soutiens de l'OMS, cette situation n'a permis ni d'apporter des améliorations au produit, ni d'en trouver d'autres. Enfin, une dernière série de causes tiendrait aux « représentations » assez généralement partagées et aux « usages » qu'ont les utilisatrices et leurs partenaires des préservatifs féminins et masculins.
- 22 Un grand nombre d'acteurs ont noté le prix élevé du préservatif féminin ; il constitue un des principaux freins à son développement. En 2008, le prix d'achat d'un préservatif féminin à l'unité était de 0,58 \$ contre 0,02 \$ pour le préservatif masculin, soit 29 fois plus cher (Frost et Reich, 2008, cités par Peters et al., 2010 : 123). Par ailleurs, le préservatif féminin n'a fait l'objet que d'une seule amélioration technique depuis sa création en 1984. En 2006, le nitrile a remplacé le polyuréthane qui était plus coûteux à la fabrication et plus bruyant à l'utilisation. L'absence de concurrence (un seul fabricant sur le marché) et la rareté des améliorations du produit pourraient être considérées comme les symptômes du faible intérêt et des maigres financements attribués aux recherches sur les outils de protection de la santé reproductrice destinés à être contrôlés par les femmes (Peters et al., 2010).
- 23 En outre, interrogée sur l'évolution des recherches sur la contraception et la protection de la santé reproductive, une responsable de l'OMS expliquait que certaines raisons tenaient à l'influence de prises de positions idéologiques tels que :
- « L'emprise des groupes très conservateurs anti-avortement et anti-contraception largement soutenus dans les années Bush et encore maintenant [...], ainsi que le caractère litigieux de la recherche sur la contraception. Tous ces facteurs ont, d'une façon générale, détourné les fonds de cette recherche » (Une employée de l'OMS, février 2012¹⁰).
- 24 C. Greslé-Favier (2009) a montré que ces groupes américains conservateurs (composés notamment des puritains américains rattachés à la droite chrétienne) affiliés aux mouvements « pro-life » sont des opposants farouches à l'avortement et prônent l'abstinence avant le mariage et la fidélité. Ces positions
- « Appuie[nt] et renforce[nt] une vision conservatrice de la société basée sur un réseau de relations hiérarchiques qui placent certains individus, pratiques et valeurs au-dessus des autres. La première de ces relations de domination concerne : les hommes sur les femmes » (2009 : 235).
- 25 Ces groupes conservateurs de droite, voire d'extrême droite, ont une conception patriarcale de la société (Dworkins, 2012) et entendent maintenir cette structure sociale, voire l'exporter à l'international (Hermann-Mesfen, 2012 : 372-377). Plus généralement, et au-delà de l'influence de ces groupes de pressions politico-religieuses, le faible nombre d'outils de protection des MST et du sida contrôlables par les femmes et disponibles largement interroge.

- 26 Le préservatif féminin existe, quoique sa distribution et sa diffusion soient largement en dessous des besoins. Mais comme A. Peters et ses co-auteurs notent :
- « Dans le numéro spécial du *Lancet* sur la prévention du sida en 2008, le préservatif féminin est mentionné dans un paragraphe d'un des six articles, et comporte huit références sur ce thème. En comparaison, quatre articles mentionnent la circoncision masculine et renvoient à 44 références. Outre que le bénéfice de la circoncision masculine pour les femmes soit moins évidente que celle du préservatif féminin, les programmes de circoncision sont beaucoup plus investis » (Peters et al. 2010 : 122).
- 27 En 1987, Henri Leridon recensait parmi les nouvelles méthodes contraceptives la pilule, le stérilet, le diaphragme, la cape, les gelées et les éponges cervicales (1987 : 361). En 2004, C. Rossier et H. Leridon ne font plus mention que de la pilule et du préservatif (masculin). Les auteurs rapportent que le stérilet n'est plus guère employé, quant au diaphragme, il n'en est pas même fait mention. Or, interrogée sur ses activités de sensibilisation au préservatif féminin, une gynécologue du Planning familial de Strasbourg impliquée dans la prévention des MST/sida, expliquait que le diaphragme n'existe guère plus, alors qu'en protégeant l'utérus des MST dont le sida, il pourrait constituer un outil complémentaire aidant à diminuer les risques de transmission du VIH (entretien mené en avril 2012). Pourtant, force est de constater que ni au Nord, ni dans les pays du Sud, cet outil n'est accessible ou alors de manière confidentielle.
- 28 Quant au gel microbicide, les avancées sont sporadiques. Une analyse de la littérature menée sur la base de revues en ligne « Biblioshs » permet de dégager l'existence de quatre phases de publications : une première au milieu des années 1990 suit la découverte des thérapies antirétrovirales (le gel comporterait certaines de ces molécules) ; la deuxième vague apparaît dans les années 2000 ; une troisième prend place entre 2006 et 2008 ; et depuis 2010, quelques articles paraissent au gré des avancées technologiques et des progrès scientifiques. Ces recherches n'ont toutefois pas encore débouché sur la découverte d'un gel microbicide dotant les femmes d'un outil de protection de leur sexualité qu'elles puissent maîtriser sans avoir besoin d'en négocier la présence avec leurs partenaires. En 2008, l'ONUSIDA fait le constat suivant :
- « Le secteur pharmaceutique choisit d'investir dans la recherche de nouvelles molécules antirétrovirales, attiré par la perspective d'un important retour sur investissement. Si les recherches sur les gels microbicides bénéficiaient d'un tel investissement, on considère qu'un produit sûr et efficace pourrait être sur le marché bien plus tôt qu'un vaccin. Cependant, comme le gel microbicide devrait être abordable pour des publics pour lesquels il constituerait une véritable différence – les femmes vivant dans les pays à faibles ou à moyen revenus – les marges et profits seraient faibles. Cette réalité économique fait de la recherche sur les gels microbicides un investissement peu attractif. Incidemment, toutes les recherches sont conduites par des petites compagnies de biotechnologies financées par le secteur public »¹¹.
- 29 Les seuls enjeux économiques ne permettent pas d'expliquer la quasi-absence d'outils contrôlables par les femmes. En effet, la distribution gratuite et à large échelle des antirétroviraux a fait l'objet de batailles politiques et éthiques qui ont permis de dépasser la seule recherche du profit. Il est donc évident que d'autres facteurs entrent en jeu dans le cas de la protection des femmes. Dans ces conditions, il est non pas seulement intéressant ou important mais ô combien nécessaire voire urgent de comprendre les ressorts de ces inégalités pour les déconstruire.

- 30 Plusieurs publications traitant de l'acceptabilité du préservatif féminin par les femmes font référence à la prostitution pour expliquer son absence de diffusion. En Afrique australe, la crainte, émanant essentiellement des soignants et acteurs de la prévention du sida, est que l'introduction et l'utilisation de l'outil soient associées à la prostitution (Peters et al., 2010 : 122 ; Hoffman et al., 2004 : 5). Dans de nombreux contextes africains, les femmes sont considérées comme ne devant pas avoir de connaissance ou de trop grands savoirs en matière de sexualité sous peine de voir leur respectabilité écornée (Peters et al., 2010 : 122 ; Hermann-Mesfen, 2012). Plus généralement, P. Tabet (2004) et G. Pheterson (2001) ont montré que « la menace du "whore stigma"¹², du marquage comme putain, pèse sur toutes les femmes (Tabet, 2004 : 8). Dans quelle mesure ces hommes, soignants engagés dans la lutte contre le sida associent-ils le préservatif féminin à la prostitution ? Plus généralement, le recours au préservatif féminin pourrait signifier et témoigner du fait que les femmes ont une plus grande connaissance de la sexualité. Mais alors que penser des freins et des réticences face à la diffusion de cet outil ? La connaissance des femmes en matière de sexualité (et non de procréation) constituerait-elle un problème, un des enjeux de la diffusion du préservatif féminin ? Dès lors, le potentiel d'« empowerment » des femmes associé à l'utilisation du préservatif féminin (Kaler, 2001) rencontrerait (se heurterait à ?) l'injonction faite aux femmes de se comporter de manière respectable et conforme à certaines attentes sociétales (voire patriarcales) ?
- 31 Si certains acteurs de l'OMS semblent subir la pression de conceptions religieuses des rôles sexués, qu'en est-il des utilisatrices (et de leurs partenaires) ? Les études sur l'acceptabilité du préservatif féminin sont essentiellement quantitatives et générales. Ainsi, en 1997, une revue de la littérature constituée par l'OMS établissait que dans 40 pays, entre 36 et 97 % des utilisateurs(trices) en étaient satisfait(e)s (OMS, 1997). Si ces études fournissent des informations précieuses, elles ne permettent guère de comprendre l'ensemble des déterminants. Par ailleurs, en France, et en l'état actuel de mes connaissances, aucune étude d'envergure (qualitative ou quantitative) n'a été menée quant aux représentations et aux usages du préservatif féminin.
- 32 Les données que j'ai pu collecter (forums de discussion consultés, entretiens avec des éducatrices et des utilisatrices) rejoignent les constats posés par H. Freundlich¹³. De manière très significative, la plupart des utilisatrices appellent le préservatif masculin, le préservatif « normal » ou simplement « le préservatif ». Le préservatif féminin est de l'ordre de l'alternative, ou de l'expérimentation, « pour « changer » comme elles l'expliquent, pour essayer d'autres moyens de prévention des grossesses et des maladies sexuellement transmissibles. Les principales plaintes sont les suivantes : il est bruyant lors des rapports ; les sensations sont parfois insatisfaisantes ; il est compliqué à placer et à utiliser. Surtout, le principal reproche adressé à cette méthode de contraception et de prévention tient à sa visibilité, à ce qu'il donne à voir de lui-même mais aussi du vagin : il n'est pas esthétique et surprend par sa longueur et/ou sa largeur. L'anneau extérieur « dépasse du vagin » ce qui le rend très visible, « il pendouille avant et après l'acte » et « sa taille surprend ». Une "blogueuse" devenue célèbre, en fait la promotion, non sans humour, et compare le préservatif féminin à « une poubelle Brabantia »¹⁴ : elle le rebaptise la « tente Quechua de la foufoune »¹⁵. Ces comparaisons accentuent l'un des points sensibles : la taille perçue comme (trop) grande. Or les tailles de préservatifs féminins et masculins ne diffèrent guère. Pour tempérer ces appréhensions, certaines femmes rappellent qu'à la naissance, un

nouveau né passe par le vagin mettant ainsi en avant sa « plasticité ». C'est donc l'écart entre la taille de l'objet et les représentations des femmes de leur vagin qu'il faudrait considérer et analyser. En première hypothèse, on peut s'interroger sur le couple « visibilité de l'organe masculin/invisibilité du sexe féminin ». Dans quelle mesure, selon une conception classique et largement partagée de la sexualité, la visible virilité masculine serait valorisée, exposée, tandis que la profondeur, la plasticité du sexe féminin par « nature » invisible devrait au contraire demeurer secrète ou discrète ? La préférence pour le préservatif masculin par rapport à son homologue féminin tendrait à conforter les représentations des deux sexes, en France mais ailleurs également. On peut donc poser l'hypothèse que les préservatifs féminin et masculins matérialisent et bouleversent les représentations et associations « visible/érigé » *versus* « invisible/secret intérieur », transformations qui expliqueraient une partie des réticences et des freins quant à son utilisation.

Conclusion

- 33 C'est donc un ensemble de déterminants idéologiques, politiques, économiques, symboliques et culturels portés par des groupes, des individus et des institutions, qui président à la faible diffusion du préservatif féminin et à l'absence de la pilule masculine.
- 34 Au terme de cette brève incartade du côté des outils de protection de la santé reproductive, un constat émerge : celui d'une dichotomie marquée et d'une inégalité profonde quant aux déploiements des outils disponibles et utilisés pour la protection de la santé productive et sexuelle. Cette dichotomie suit la ligne de démarcation maintes fois mise en lumière par de nombreux chercheurs et notamment P. Tabet (1985) : les femmes sont assignées au contrôle la procréation (Bajos et Ferrand, 2004) tandis que les hommes ont la maîtrise de la sexualité et donc de la protection des IST (Andro et Desgrée du Loû, 2009). Et l'inversion ou le rééquilibrage semble délicat à penser et *a fortiori* à mettre en œuvre. En effet, la faible diffusion du préservatif féminin laisse penser que la protection des IST demeure l'apanage des hommes, les femmes ne pouvant protéger leur sexe directement.
« Les préservatifs masculins nécessitent la participation active des partenaires masculins, dès lors les hommes contrôlent de manière disproportionnée la décision d'avoir des pratiques sexuelles sûres ou "safe" » (Population Council, 2009 : 4).
- 35 Interrogé sur le préservatif féminin, un homme kenyan explique :
« A vrai dire, je pense que c'est à l'homme de s'intéresser à cette question. [...] Il y a un proverbe "le cou ne passe pas par-dessus la tête". [...] Même pour un préservatif féminin [...] je pense être celui qui est censé guider cela jusqu'à la fin » (Population Council, 2009 : 17).
- 36 Inversement, les femmes associées aux hormones qu'il s'agit de contrôler, sont en charge de la gestion de la procréation, territoire au sein duquel faute de moyens les hommes ne peuvent (ou ne veulent ?) pas s'investir, tant la procréation est pensée comme un avatar féminin.
- 37 Mais c'est oublier que la reproduction comme la sexualité relèvent des deux sexes, féminin et masculin et en interdépendance. Plusieurs hommes reconnaissent et demandent à pouvoir maîtriser leur fécondité et un grand nombre de femmes demandent à pouvoir disposer d'outils de prévention des MST qui leur seraient

propres. A mon sens, le rééquilibrage des représentations et la conception d'outils adaptés – les deux évolutions étant interdépendantes – permettraient de redessiner les cartes de la santé de la reproduction et témoigneraient d'une acceptation des hommes et des femmes, comme tous deux doués d'un sexe « plaisir » et d'un sexe « reproduction ».

BIBLIOGRAPHIE

- AIDSCAPE, USAID, 1997, *The Female Condom, from research to the market place*, AIDSCAP Women's Initiative, Arlington, USA.
- ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A., 2009, "La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés", *Autrepart*, 4(52) : 3-12.
- BAJOS N., FERRAND M., 2004, "La contraception : levier réel ou symbolique de la domination masculine?" *Science sociale et santé*, 22 (3) :117-140
- CZYBA J.C., 1993, "Editorial", *Andrologie*, 3(1), 2-3.
- DWORKINS A., 2012, *Les femmes de droites*, Les éditions du remue-ménage, Paris.
- DESJEUX C., 2009, "Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine", *Autrepart*, 4 (52) : 49-63.
- FHC, *Annual Report 2007*, USA, FHC.
- FLECK, L., 2008 [1935], *Genèse et développement d'un fait scientifique*, traduit de l'allemand par Nathalie Jas, Les Belles Lettres, Paris.
- GAUDILLIÈRE J.-P., 2003, "La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule", *La distinction entre sexe et genre : une histoire entre biologie et culture*, (Sous la direction de Löwy I., Rouch H.), *Cahier du genre*, 34, pp. 58-80.
- GRESLÉ-FAVIER C., 2009, « *Raising sexually pure Kids* ». *Sexual Abstinence, Conservative Christians and American Politics*, Rodopi, Netherland, Amsterdam.
- HERMANN-MESFEN J., 2012, *L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida. Socio-anthropologie de la guérison*, thèse de doctorat d'anthropologie, AMU.
- HOFFMAN S., MANTELL J., EXNER T., et al. , 2004, " The future of the female condom", *International Family Planning Perspectives*, 30(3) :1-16.
- JIMENEZ C., 2004, "La contraception masculine", *Andrologie* 14 (3), pp. 275- 290
- KALER A., 2001, "« It's some kind of women's empowerment » : the ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment", *Social Science and Medicine* , 52 : 783-796
- LATOUR B., 1989, *La science en action*, La Découverte, Paris
- LATOUR B., 1997, *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, La Découverte, Paris

LE BRAS H., 1991, *Marianne et les lapins. L'obsession démographique*, Olivier Orban, Paris.

Le Préservatif féminin : <http://www.lepreservatif-feminin.fr/>

Le Nouvel Observateur : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/624563-preservatif-feminin-il-est-tellement-moche-et-tellement-efficace.html>

LERIDON H., 1987, "La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED", *Population*, 42 (2): 359-367.

OUDSHOORN N., 1994, *Beyond the natural body, an archeology of sex hormones*, Routledge, London.

OUDSHOORN N., 1999, "Contraception masculine et querelles de genre", *De la contraception à l'enfantement, Cahier du Genre*, no 25, Paris, L'Harmattan : 139-166.

OUDSHOORN N., 2000, "Au sujet des corps, des techniques et des féminismes", *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin*, (dir. Gardey D., Löwy I.), Paris, Archives contemporaines : 32-57.

OUDSHOORN N., 2003, *The Male Pill: A biography of technology in the making*, London, Duke University Press.

PETERS A., JANSEN W., VAN DRIEL F., 2010, "The female condom: the international denial of a strong potential", *Reproductive Health Matters*, 18(35):119-128

PHETERSON G., 2001, *Le prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan.

POPULATION COUNCIL AND LIVERPOOL VCT, CARE & TREATMENT, 2009, *Female initiated prevention: integrating female condoms into HIV risk-reduction activities in Kenya*, Population Council, Nairobi.

RONSEN F., 1980, *La Grève des ventres : propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française, XIXe-XXe siècles*, Aubier, Paris.

SINDING C., 2003, "Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles" *La distinction entre sexe et genre : une histoire entre biologie et culture*, (Sous la direction de Löwy I., Rouch H.), *Cahier du genre*, 34 : 39-56

ROSSIER C., LERIDON H., 2004, "Pilule et préservatif, substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000", *Population*, 59(3-4) : 449-478.

TABET P., 1985, "Fertilité naturelle, procréation forcée", in MATHIEU N.C. (eds), *L'arraisonnement des femmes*, Cahier de l'homme, Paris, Editions de l'EHESS : 61-146.

UNAIDS : <http://www.unaids.org/en/Resources/PressCentre/Featurestories/2008/February/20080221microbicidesPart2/>

VIDAL V., 1993, *La petite histoire du préservatif*, Paris, Syros.

WARREN M., PHILPOTT A., 2003, "Safer Sex Options: Introducing the Female Condom into National Programmes", *Reproductive Health Matters*, 11(21): 130-139

WHO/UNDP/UNFPA/WORLD BANK SPECIAL PROGRAMME OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION, 1997, *The Female Condom: A Review*, World Health Organization, Geneva.

NOTES

1. En 1994, se tient au Caire en Egypte la première Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Elle « marque une rupture dans la manière d'aborder la fécondité et la régulation des naissances en introduisant le concept de *santé de la reproduction*. » (Andro, Desgrée du Lou, 2009 : 4)
2. Cf. les travaux de N. Oudhsoorn (1999), C. Sinding (2003), J.-P Gaudillière (2003).
3. A titre d'exemple, un homme d'une cinquantaine d'année lors d'un débat sur la pilule masculine répondait : « Je vais prendre la pilule, j'aurais mes règles et alors ?! » (Entretien informel, septembre 2012)
4. Une histoire du préservatif féminin a été écrite par H. Freundlich qui a bien voulu m'en faire part, j'espère qu'elle trouvera ici le gage de ma reconnaissance. Je reprends ici pour une part sa synthèse. Voir le site élaboré et alimenté par Hélène Freundlich : <http://www.lepreservatif-feminin.fr/>
5. Pour une histoire de la politique nataliste en France, voir : Le Bras, 1991 ; Ronsin, 1980.
6. En France, le préservatif féminin sera diffusé à partir de 1998, année de l'octroi de l'agrément de la Communauté Européenne.
7. En Europe : Angleterre, Suisse, France, Allemagne, Espagne, Turquie. En Afrique : Ouganda, Zambie, Afrique du Sud, Zimbabwe, Kenya. Autres pays du « Sud » : Jamaïque, Vietnam, Brésil, Caraïbes. Il est disponible également aux USA, au Canada, au Japon et en Australie (Freundlich, 2003 : 2).
8. <http://www.lepreservatif-feminin.fr/>
9. Observations d'action du bus 31/32 à Marseille en charge de la prévention des risques durant les fêtes. Entretiens avec les bénévoles et les responsables de sites (Marseille, octobre 2012).
10. Ces propos m'ont été rapportés tels quels par un membre du FNUAP.
11. Traduit par le présent auteure.
<http://www.unaids.org/en/Resources/PressCentre/Featurestories/2008/February/20080221microbicidesPart2/>
12. Littéralement "le stigmate de la putain", (traduit par moi-même).
13. <http://lepreservatif-feminin.fr/?lang=fr>
14. Une poubelle haut de gamme de grande taille.
15. Cf. les articles de la chroniqueuse Gâelle-Marie Zimmermann <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/624563-preservatif-feminin-il-est-tellement-moche-et-tellement-efficace.html>

AUTEUR

JUDITH HERMANN-MESFEN

Post-doctorante en anthropologie, ANRS, UMR 912 SESSTIM, INSERM/IRD/CNRS/AMU