

École normale supérieure – concours B/L

Épreuve orale commune de sociologie

Session 2026

Jury : Laure Flandrin et Benjamin Lemoine

## **La contraception**

*Le dossier comporte 8 pages numérotées de 1 à 8*

Document 1. Contraception et domination masculine .....	2
Document 2. « Comment ne pas faire d'enfants ? » .....	3
Document 3. Évolution de quelques indicateurs d'activité sexuelle entre 1970 et 19924	
Document 4. Utilisation des contraceptifs remboursés par les femmes précaires et les femmes non-précaires.....	5
Document 5. Évolution des méthodes de contraception utilisées en France de 1978 à 2010 .....	6
Document 6. Principales méthodes de contraception en France en 2010 et en 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans.....	7
Document 7. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et part des IVG médicamenteuses depuis 1995 .....	8

## Document 1. Contraception et domination masculine

« Si, incontestablement, les techniques contraceptives donnent aux femmes la possibilité de se penser un avenir dans lequel scolarité, entrée dans la vie active et maternité peuvent se succéder harmonieusement et se conclure dans la gestion réussie d'une double carrière, maternelle et professionnelle, les entretiens que nous avons recueillis montrent, en même temps, que la composante professionnelle de l'identité féminine est la plupart du temps reléguée au second plan dès qu'elle entre en concurrence avec la dimension maternelle. La grossesse non prévue oblige les femmes à expliciter les enjeux de l'arbitrage qu'elles sont amenées le plus souvent à faire pour concilier leurs aspirations professionnelles et les charges familiales qu'elles anticipent. Cet arbitrage se fait à deux niveaux : poursuivre ou non la grossesse et, dans le premier cas, concilier charge maternelle et maintien de l'activité. L'arbitrage sera fonction des normes dominantes en matière de planification familiale. Ainsi, les jeunes filles encore en cours d'études, surtout si elles sont en couple non stable, auront d'autant moins de difficulté à opter pour l'IVG, en continuité logique de leur démarche contraceptive, que les études qu'elles suivent sont prometteuses. Mais que ces études se prolongent et que la grossesse survienne à un moment où elle apparaît socialement souhaitable dans le cadre d'un couple stable et l'arbitrage pourra alors se conclure aux dépens des projets professionnels de la femme. Si plusieurs jeunes filles ont poursuivi leur cursus scolaire après une interruption de grossesse, d'autres jeunes femmes ont mis un terme à leur parcours universitaire pour assumer leur maternité. Interruption qui intervient en cours d'études pour Pierrette : « J'étais étudiante, je voulais avant continuer mes études mais j'ai abandonné, parce que c'était pas évident d'assumer les deux choses (...), fallait quand même assumer les enfants, et puis si je partais encore pour les études, c' était pour un doctorat et ça c'est prenant. Sur le coup ça ma embêtée, aujourd'hui je ne regrette rien du tout ». La grossesse de Louise survient un peu plus tard dans sa trajectoire, au moment où elle rédige sa thèse de médecine. Cette grossesse sous pilule, qu'elle décide de poursuivre, va, elle en est tout à fait consciente, modifier ses perspectives professionnelles : « Je devais passer ma thèse, donc on n'avait rien prévu. Mais de toute façon, on en voulait des enfants (...) C'est sûr que j'aurais pu avoir une autre carrière si je n'étais pas tombée enceinte. Mais bon, honnêtement ça ne me manque pas du tout ». Ce renoncement, « sans regret », soulignent-elles toutes les deux, témoigne de la priorité accordée par certaines femmes à la dimension maternelle dans la construction de leur trajectoire personnelle et familiale. Il révèle un processus de réduction de la dissonance qui atteste de l'intériorisation, par les femmes, de la moindre légitimité sociale du modèle de la femme qui fait le choix de sa carrière au détriment de la maternité. La concurrence entre carrière maternelle et carrière professionnelle se pose dans des termes différents selon les bénéfices que les femmes peuvent attendre de l'une ou de l'autre, ce qui explique la diversité des réactions face au dilemme « materner ou/et travailler ».

Source : Extraits de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 2004.

## Document 2. « Comment ne pas faire d'enfants ? »

En France, les travaux sur la contraception et le contrôle de la fécondité ont longtemps été marqués par une « vision téléologique de l'histoire » de la contraception (...) Le poids de cette approche, qui lie contraception médicale et libération des femmes, a freiné l'émergence d'une perspective sociologique critique sur la contraception et ce sont plutôt la démographie et l'épidémiologie qui se sont, en France, emparées du sujet, limitant le contrôle des naissances à un enjeu de santé publique de réduction des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Il a ainsi fallu attendre le tournant des années 1990-2000 pour que des recherches françaises soulignent le caractère contraignant pour les femmes des méthodes de prévention des grossesses et des normes médicales et sociales qui régissent leur utilisation. La mise en évidence d'une norme restreignant les usages contraceptifs dans une temporalité et une maturité relationnelle bien définies (préservatif masculin pour les relations ponctuelles ou en début de relation, pilule une fois celle-ci stabilisée, stérilet lorsque le nombre d'enfants désiré est atteint) vient compléter toute une réflexion sur le contrôle social auquel sont sujettes les femmes en matière procréative et notamment de régulation des naissances. Depuis une dizaine d'années, des travaux essaient de se départir de cette vision émancipatrice de la contraception et cherchent à révéler les inégalités sociales, les freins à son utilisation ou encore les dimensions invisibles d'une responsabilité qu'endossent très majoritairement les femmes. Ces enquêtes semblent aujourd'hui d'autant plus nécessaires qu'une évolution du modèle contraceptif français, en particulier une diminution de l'emploi de la pilule, semble s'amorcer suite à la "crise des pilules" de 2012-2013. Prévenir une grossesse recouvre un certain nombre de tâches et de charges qui constituent un travail en soi pour celles qui en assurent, en grande majorité, la responsabilité : les femmes. Pouvoir bénéficier d'une contraception implique en effet de respecter certaines étapes : ce sont des contraintes matérielles, financières, temporelles qui se succèdent. À ces différentes obligations s'ajoute la « charge mentale » portée par les femmes utilisant la contraception, qui consiste en la nécessité de se préoccuper – de manière continue, et parfois au quotidien – de ce que les rapports sexuels ne soient pas féconds. S'ils le sont finalement et qu'un avortement est envisagé, ce sont toujours les femmes qui auront à gérer celui-ci (jours de congé, douleur éventuelle, etc.) et seront susceptibles d'être stigmatisées. Or, ce travail contraceptif, qui représente une section du travail procréatif et s'appuie sur la responsabilisation des femmes, a été naturalisé au cours du temps ; ses différentes dimensions semblent ainsi être devenues progressivement invisibles. Les conditions de possibilité mêmes de cette invisibilisation – en particulier les inégalités de sexes qui fondent ce travail et se renouvellent à travers lui, mais aussi l'encadrement médical qui l'ordonne – restent elles aussi à penser. Comprendre la naturalisation du travail contraceptif c'est donc s'interroger : à qui ce travail invisible des femmes profite-t-il ?

**Source** : Extraits de Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, « Comment ne pas faire d'enfants ? », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2017.

### Document 3. Évolution de quelques indicateurs d'activité sexuelle entre 1970 et 1992

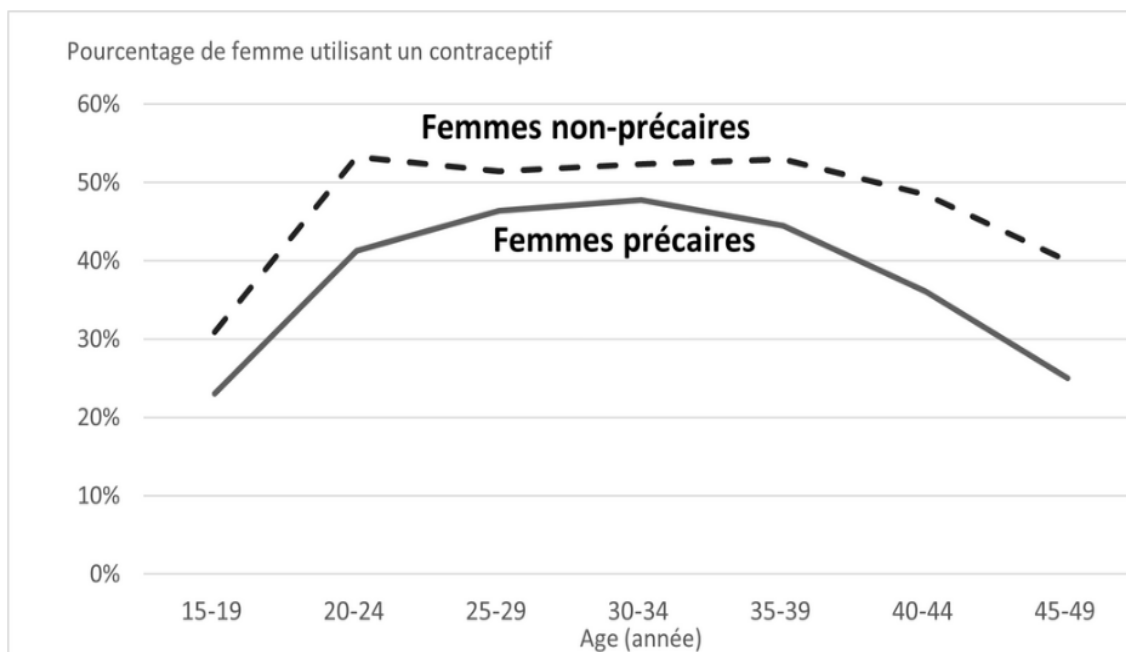
Indicateurs	Simon 1972	ACSF 1992
Nombre moyen de partenaires dans la vie	11,8 hommes / 1,8 femmes	12,1 hommes / 3,2 femmes
Proportion de personnes de 20-29 ans n'ayant qu'un seul partenaire dans la vie	16 % hommes / 48 % femmes	12 % hommes / 27 % femmes
Recours à la prostitution des hommes de 20-29 ans	25 % (vie)	5 % (5 ans)
Au moins un partenaire du même sexe dans la vie	5 % hommes / 2 % femmes	4 % hommes / 3 % femmes
Au moins une relation extra-conjugale (hommes/femmes)	3/1 (vie)	2/1 (5 ans)
Âge moyen au premier rapport des 18-19 ans	17,8 hommes / 18,8 femmes	17,2 hommes / 18,1 femmes
Déjà pratiqué la fellation ou le cunnilingus	60 % hommes / 55 % femmes	75 % hommes et femmes
Déjà pratiqué la sodomie	19 % hommes / 14 % femmes	30 % hommes / 24 % femmes
Déjà pratiqué la masturbation	73 % hommes / 19 % femmes	84 % hommes / 42 % femmes
Nombre moyen de rapports dans les quatre dernières semaines	7,9 hommes / 8,2 femmes	8,1 hommes / 7,3 femmes
Durée moyenne du rapport	26 mn hommes / 21 mn femmes	31 mn hommes / 25 mn femmes
Satisfaction sexuelle	Tous les rapports des quatre dernières semaines ont été satisfaisants : 41 % hommes / 26 % femmes	Très satisfait(e) : 47 % hommes / 51 % femmes
Adhésion à la norme de l'orgasme simultané	81 % hommes / 67 % femmes	62 % hommes / 55 % femmes

Notes :

- « Simon 1970 » désigne l'enquête du Docteur Simon, gynécologue sur le Comportement sexuel des Français réalisée en 1972.
- « ACSF 1992 » désigne l'enquête sur les Comportements sexuels en France réalisée en 1992 par l'INED.

Source : Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine* », *Sciences sociales et santé*, 2004.

#### Document 4. Utilisation des contraceptifs remboursés par les femmes précaires et les femmes non-précaires

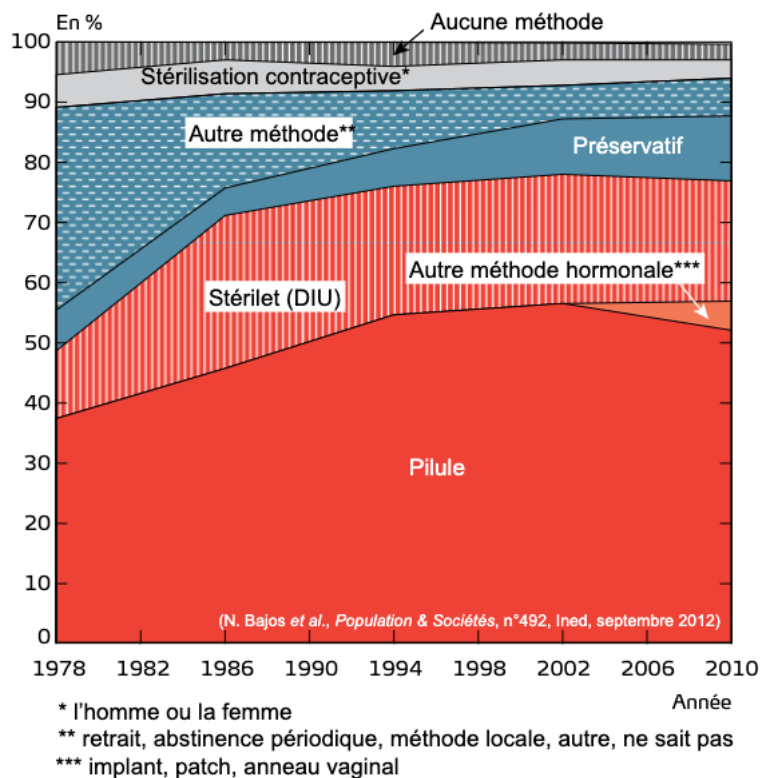


Sources : Données de l'Assurance Maladie, France métropolitaine 2019

Note de lecture : Le recours à la contraception prescrite varie selon l'âge : dans les deux groupes, la contraception est la plus faible chez les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés et la plus élevée chez les femmes âgées de 30 à 39 ans. A tous les âges, les femmes précaires utilisent moins de contraceptifs remboursés.

Source : Institut national d'études démographiques, *Contraception. Des inégalités persistantes selon le revenu des femmes, 2025.*

**Document 5. Évolution des méthodes de contraception utilisées en France de 1978 à 2010**

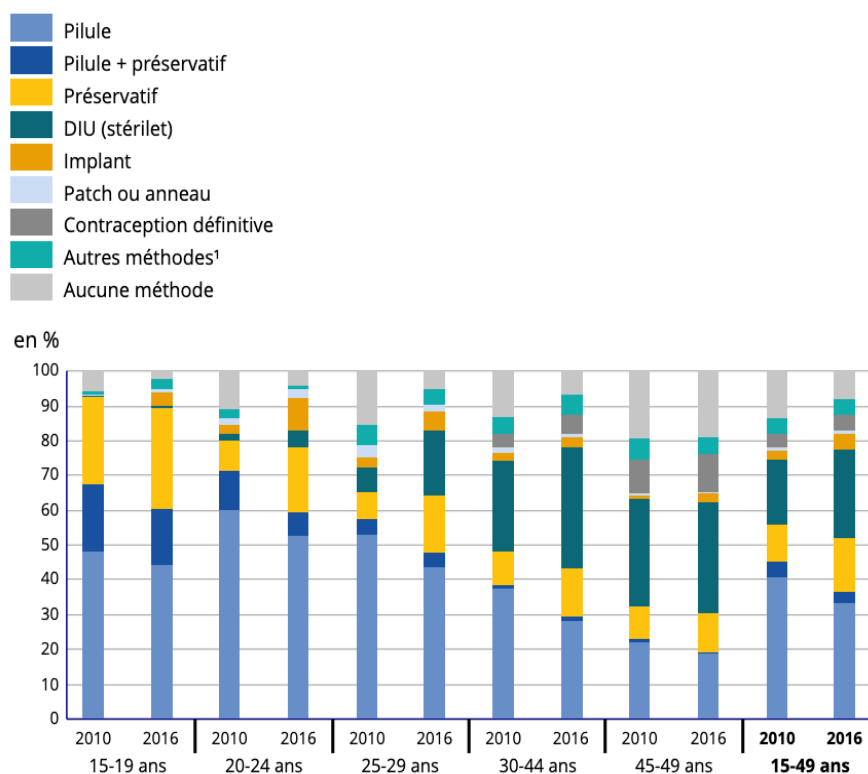


**Sources :** Enquête *Mondiale de Fécondité* (1978), Enquête *Régulation des naissances* (1988), Enquête *Situation Familiale et Emploi* (1994), Enquête *CoCon* (2000), Enquête *Fecond* (2010).

**Champ :** femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Source : « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques », *Population & Sociétés*, 2012.

## Document 6. Principales méthodes de contraception en France en 2010 et en 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans



1. Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Note : la contraception définitive (stérilisation) n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans les tranches d'âge concernées.

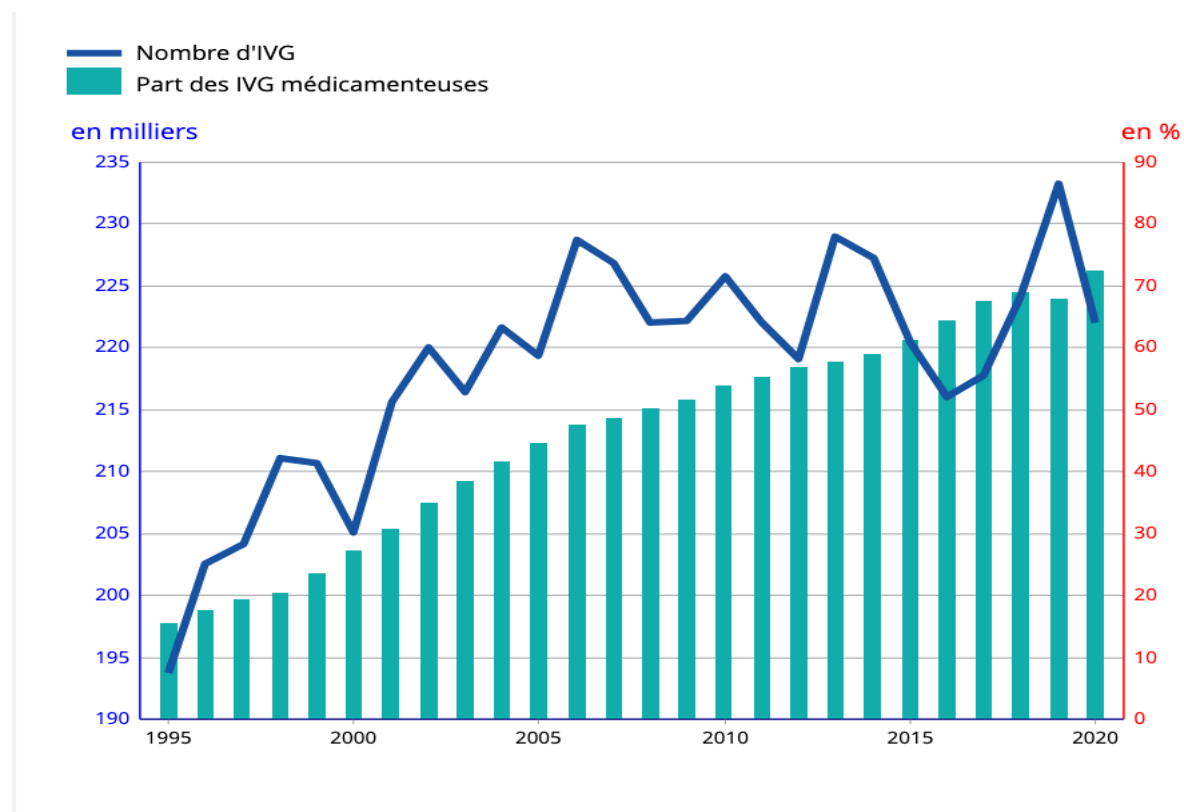
Lecture : en 2016, 4,7 % des femmes âgées de 20 à 24 ans utilisent le stérilet comme principale méthode de contraception.

Champ : France métropolitaine, femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles ayant eu des rapports hétérosexuels au cours des douze derniers mois et ne voulant pas d'enfants.

Source : Santé publique France (enquête Fécond 2010, enquête Baromètre santé 2016).

Source : *Femmes et hommes, l'égalité en question*, Insee Références, Édition 2022.

## Document 7. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et part des IVG médicamenteuses depuis 1995



Lecture : en 2020, sur les 222 milliers d'IVG ayant eu lieu en France, 72,4 % sont des IVG médicamenteuses.

Champ : France hors Mayotte jusqu'à 2013, France à partir de 2014.

Source : PMSI-MCO, DCIR, calculs Drees.

Note : Il existe deux méthodes d'IVG : l'IVG médicamenteuse (qui consiste à prendre des médicaments qui provoquent l'interruption de la grossesse et l'expulsion de l'embryon) et l'IVG chirurgicale (ou instrumentale, qui repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration).