



Étic et émic de la contraception. Quelles sont les négociations entre soignants et usagers en contexte multiculturel ? Étude de deux plannings familiaux bruxellois

Ingrid Cecchi

► **To cite this version:**

Ingrid Cecchi. Étic et émic de la contraception. Quelles sont les négociations entre soignants et usagers en contexte multiculturel ? Étude de deux plannings familiaux bruxellois. *Anthropologie sociale et ethnologie*. 2016. <dumas-01361454>

HAL Id: dumas-01361454

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01361454>

Submitted on 7 Sep 2016

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

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



UFR ALLSH

Département d'anthropologie

Master de recherche en anthropologie - Parcours Europe

Étic et émic de la contraception.

**Quel sont les négociations entre soignants et usagers en contexte
multiculturel ?**

Étude de deux plannings familiaux bruxellois.

ETHT1 : Mémoire de recherche en anthropologie 2.

Sous la direction de : Sandrine Musso

Etudiante : Ingrid Cecchi

Année : 2015-2016.



UFR ALLSH

Département d'anthropologie

Master de recherche en anthropologie - Parcours Europe

Étic et émic de la contraception.

**Quel sont les négociations entre soignants et usagers en contexte
multiculturel ?**

Étude de deux plannings familiaux bruxellois.

ETHT1 : Mémoire de recherche en anthropologie 2.

Sous la direction de : Sandrine Musso

Etudiante : Ingrid Cecchi

Année : 2015-2016.

*« Nous sommes si souvent éblouis par la lumière
apportée par nos modèles que nous manquons
parfois de voir ce qui est masqué par leur ombre »*

(Dunn et Good, 1978 : 137)

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Sandrine Musso, pour son suivi à distance et ses conseils pertinents qui m'ont permis d'avancer dans mes questionnements et ce travail.

A Laurence Hérault, pour sa disponibilité comme directrice de master.

A Alice, pour son soutien, ses conseils précieux et sa relecture.

Aux informatrices, tant usagères que travailleuses, sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible. Je les remercie pour la motivation avec laquelle elles ont répondu présentes ainsi que le temps et la disponibilité qu'elles ont consacrés à cette recherche.

A mes collègues du planning familial et de la maison médicale, qui m'ont laissé la possibilité de me consacrer à ce travail.

A Simone et Diego, pour leur présence à mes côtés, tout simplement.

Table des matières

Remerciements	1
Table des matières	3
Introduction	5
Partie 1 : Contexte, méthodologie et approche réflexive	9
Contexte et cadre de la recherche	9
Méthodologie	15
<u>Accès au terrain</u>	15
<u>Présentation de la recherche</u>	16
<u>Considérations éthiques</u>	19
<u>Recueil des données</u>	21
<u>Contre-don</u>	25
Approche réflexive	29
<u>Construction de la pensée médicale</u>	29
<u>Relations hiérarchisées</u>	32
<u>Recrutement des informateurs</u>	35
<u>La position de femme sur le terrain ethnographique</u>	38
Partie 2 : Analyse du terrain ethnographique	43
Contraception : Rappel des différents dispositifs proposés dans le cadre biomédical	45
Contraception et prise d'hormones	51
<u>Contraception non hormonale</u>	52
<u>Contraception non hormonale et réactions des soignants</u>	58
Corps et contraception	63
<u>Corps individuel, corps collectif et contraception</u>	65
<u>Règles et contraception</u>	67
<u>Image du corps et contraception implantable</u>	75
Médicalisation de la vie féminine	81
<u>Fragmentation du corps et consultation gynécologique</u>	83
<u>Suivi gynécologique, ressenti des usagers et des travailleurs de planning familial</u>	88
Hiérarchisation du rapport soignant-soigné	95
<u>Pourquoi font-ils le choix de travailler en planning familial ?</u>	97
<u>Rapport des usagères à la consultation en planning familial</u>	102
Entre-soi féminin et contraception	109
<u>Quel est la place des hommes au sein du planning familial ?</u>	110
<u>La contraception : un objet par les femmes pour les femmes ?</u>	111
<u>Quelle implication ont les compagnons dans le choix de la contraception ?</u>	116
Conclusion	119
Annexes	123
<u>Annexe 1 : Carte de la région de Bruxelles-Capitale</u>	123
<u>Annexe 2 : Feuillet explicatif de la recherche à l'attention des usagers</u>	125
<u>Annexe 3 : Caractéristique des informateurs</u>	127
<u>Annexe 4 : Photos d'un cabinet de consultation en planning familial</u>	129
Bibliographie	131

Introduction

Lorsque j'ai commencé le master en anthropologie, les sujets que je souhaitais traiter sont apparus rapidement : la femme, le milieu médical et en particulier le planning familial, le rapport du milieu médical à la migration. Mon travail bibliographique de première année de master m'a permis de m'approcher de l'anthropologie et de découvrir une partie de la littérature sur le sujet et à partir de ces lectures, un terrain de recherche a été imaginé. Mon objet de recherche s'est construit progressivement, par rapport à mes lectures, mes intérêts personnels et professionnels (Affergan, 1999).

Mon idée de départ était de travailler sur la contraception et la migration, ce qui a d'ailleurs été le thème de ma recherche bibliographique de premier master. L'objet de ce travail était l'évaluation de la norme contraceptive dans le pays d'origine, l'étude de celle-ci dans le pays dit d'accueil et ensuite une mise en lumière de la confrontation de ces normes. Par ailleurs, les représentations des uns et des autres, tant soignés que soignants, étaient envisagées. Le but du terrain ethnographique, en sortant de premier master et au moment de soumettre mon projet de recherche, était d'étudier cette confrontations des normes contraceptives dans le milieu du planning familial bruxellois.

La Belgique et la France ont des politiques de planification familiale qui, même si elles ne sont pas identiques, peuvent être considérées comme similaires. Le mouvement est né des luttes féministes des années 1960-1970 qui défendaient la liberté aux femmes de disposer de leur propre corps considéré jusque-là comme lieu de procréation selon la théorie aristotélicienne, et ainsi se libérer de la domination masculine (Bourdieu, 1998). Héritier a parlé de la contraception comme un levier symbolique qui permettait d'aller à l'encontre de la « valence différentielle des sexes » (Héritier, 2002) qui menait le monde depuis toujours (Bajos, Ferrant, 2004).

Cette considération de la contraception comme possibilité d'émancipation est largement partagée. Cela enjoint les femmes à suivre une norme contraceptive et reproductive. La pilule et le préservatif vont être les moyens de contraception prescrits préférentiellement aux jeunes et aux personnes qui n'ont pas encore d'enfants alors que le stérilet sera préféré chez les femmes de plus de quarante ans ou qui ont atteint le nombre d'enfants souhaités. L'arrêt de la contraception et la procréation sont aussi codifiés et est admis chez les femmes qui ont terminé leurs études et ont une situation professionnelle

stabilisée (Bajos, Ferrant, *op.cit.*).

Le projet de recherche a évolué par la confrontation au terrain, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les informateurs étaient de plusieurs origine géographique, et avaient quasi tous connu, personnellement ou familialement, un processus migratoire mais finalement peu étaient originaires des communautés envisagées au départ. Les communautés ciblées dans mon travail de premier master étaient les communautés maghrébines, turques et subsahariennes. Je n'ai pu effectivement interroger aucune usagère marocaine ou turque. Ce sont des communautés qui consultent au planning familial, j'ai donc été en contact avec des usagers de ces origines lors de mon observation participante, mais je n'ai pu pousser plus loin le contact.

Ensuite, j'ai pris conscience de ma position sur le terrain. En effet, je suis médecin en planning familial et cela crée un certain regard, une certaine approche et des interrogations spécifiques. Les premières interrogations et les premiers objets de recherche anthropologique, dans la problématique émise, étaient particulièrement centrés sur le domaine biomédical, sans prise en compte de cet ethnocentrisme et du modèle culturel dans lequel s'inscrit cette approche. La poursuite des lectures sur le sujet et les positionnements d'autres médecins anthropologues a permis de prendre en compte cette position qui était la mienne. J'affirme malgré cette prise de conscience que ma position n'ait pu être neutre, mais d'autres avant moi ont écrit sur cette illusion de la neutralité (Favret-Saada, 1977). De plus, Sylvie Fainzang met en avant la difficulté de faire un terrain avec des informateurs dans la même société que la sienne par le partage de mêmes représentations. Elle ajoute : « La difficulté est probablement plus grande encore si l'ethnologue est également médecin, dans la mesure où son regard peut être biaisé par un autre discours, le discours médical. » (Fainzang, 2002 :70).

Enfin, les discussions avec les usagers a permis d'ouvrir le champ de la réflexion en-dehors du planning familial et du cadre strictement biomédical. Cela aussi a permis de revoir et de faire évoluer la problématique.

La problématique de ce mémoire est donc : « Émic et éthique de la contraception. Quels sont les négociations entre des soignants et soignés en contexte multiculturel ? Étude de deux plannings familiaux bruxellois. ».

Les intérêts de cette problématique sont multiples. Tout d'abord, c'est un sujet qui a été

peu étudié en anthropologie de langue française. Il y a de nombreux écrits en sociologie depuis une vingtaine d'années par des auteurs comme Bajos, Ferrand, Bozon, Desjeux et j'en passe. Ceux-ci seront cités dans ce travail. Ce travail se rapproche donc plus de problématiques traitées en langue anglaise par des auteurs comme Van der Geest, Delvecchio-Good, Sobo ou Thompson. Le domaine biomédical a été étudié dans de nombreux lieux comme l'hôpital, le cabinet de consultation, la maison de repos, mais je n'ai pas retrouvé d'étude ethnographique sur l'objet « contraception » en planning familial en Belgique et en France. Il existe des écrits qui traitent du planning familial dans des pays dits en développement, mais pas dans l'étude du proche. L'étude de planning familial en milieu « exotique » permet d'envisager l'« homogénéisation » produite par la biomédecine mais aussi l'« hétérogénéisation » de l'autre, dans ces pratiques (Appadurai, 1990). Une étude de proximité a un intérêt, malgré les difficultés de neutralité et de distance qui la sous-tend, par la compréhension des enjeux de la consultation en contexte multiculturel par les soignants, dans toute sa complexité, permettant ainsi d'améliorer l'accueil, l'écoute et la compréhension des usagers en planning familial, ce qui a un intérêt pour les soignants comme pour les soignés. La comparaison du proche et du lointain évalue l'implantation de modèles considérés comme similaires et la façon dont ceux-ci sont gérés. Si le concept de planification familiale s'est lancé au « nord » sous l'impulsion des féministes, au « sud », ce sont les pays du « nord » qui ont poussé à son développement dans la peur d'une explosion démographique.

Enfin, ce sujet d'étude, effectué avec la double casquette de médecin et apprentie anthropologue, est aussi intéressant si la distanciation, comme nous l'avons dit, est suffisante. Elle permet de pouvoir accéder à certains lieux qui sont parfois difficile d'accès. L'analyse du soi dans une autre position est aussi informative et permet un retour réflexif sur la médecine. L'anthropologie permet d'envisager l'organisation sociale, la production de sens et les rapports de pouvoir dans un lieu connu, ce qui permet de mieux comprendre les modes d'agir en vigueur.

Cette recherche a été menée dans deux plannings familiaux de la région de Bruxelles-capitale. Une observation participante a été menée dans l'un deux. Des entretiens ont été conduits avec des usagers et des travailleurs des deux plannings familiaux. Ces entretiens étaient semi-directifs. Le matériel recueilli a donc été le fruit de l'observation et de la participation à la vie d'un des deux plannings familiaux et au recueil de récits de

vie via des entretiens semi-directifs.

Le mémoire est divisé en deux parties. La première partie permettra de situer la recherche tant au niveau du cadre de celle-ci, de la méthodologie qui a soutenu ce terrain et enfin, du retour réflexif développant des pistes de réflexion sur les influences que ma position a pu avoir sur le terrain mais aussi la façon dont se construit la pensée médicale, outil indispensable à la distanciation de l'objet de recherche. Il est important de pouvoir entreprendre un « décentrement du corps, ne plus partir du corps biologique en tant que catégorie, vérité et savoir, se situer sur le terrain des modalités multiples d'interprétation d'interpénétration du social, du subjectif en lien avec le biologique » dans le cas de la pilule contraceptive (Saillant, Genest, 2006 : 10).

La deuxième partie est développée en plusieurs chapitres, chacun d'entre eux s'intéressant à un sujet qui est ressorti lors des entretiens et de l'observation. Après un bref rappel de l'offre contraceptive dans le cadre biomédical, je développerai cinq axes. Le premier est la contraception et la prise d'hormones qui interrogera les préoccupations des usagères sur la prise d'une contraception hormonal. L'avis des travailleurs de planning familial sera ensuite développé. Le deuxième chapitre traite du corps et de la contraception. La contraception entre dans un rapport au corps, en modifiant la perception de celui-ci tant dans un cadre biologique que social. Le troisième axe développe la médicalisation du corps féminin et permet de revenir sur ce qui a été dit dans les deux premiers chapitres et de formaliser cette médicalisation dans le cadre biomédical à plusieurs niveaux, dans un rapport au proche qu'est le cadre de la consultation gynécologique, et dans un mouvement plus large que sont les politiques de santé publique. Le quatrième chapitre développe l'analyse du rapport hiérarchique, dans toute sa complexité, dans le cadre de la consultation médicale. Le dernier chapitre permettra de décentrer le propos en envisageant les échanges autour de la contraception dans le cadre familial, amical mais aussi dans le couple.

Ce mémoire est donc tant un processus intellectuel qu'une mise en lettre et une restitution d'une expérience de vie avec tous ces détours, retours réflexifs et débats intellectuels.

Partie 1 : Contexte, méthodologie et approche réflexive

Contexte et cadre de la recherche

La santé, que Didier Fassin a défini anthropologiquement comme « un rapport entre l'être physique et psychique, d'un côté, le monde social et politique de l'autre » (Fassin, 2000), est pour l'organisation mondiale de la santé (OMS) définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Certaines différences se marquent entre ces deux définitions. Alors que pour l'OMS, la santé est centrée sur l'individu, influencée bien entendu par l'environnement, l'anthropologue l'envisage comme totalement inscrite dans une relation avec l'environnement tant social que politique. C'est entre ces deux définitions que nous oscillerons dans ce travail, dont le sujet est le rapport à la contraception, thème qui semble exclusivement lié à la biomédecine mais que nous transformerons ici en un objet inscrit dans le champ social.

L'anthropologie médicale est aussi une discipline qui met en avant « comment les gens de différents groupes sociaux et culturels expliquent les causes de maladies, les types de traitement en lesquels ils croient et vers lesquels ils se tournent lorsqu'ils sont malades. Cela comprend aussi l'étude de ces pratiques et croyances liées à l'aspect biologique, psychologique et aux changements sociaux tant dans la santé que dans la maladie¹. » (Helman, 2007, p.1). Cette discipline est de plus en plus prise en considération par le monde médical. Ainsi, le secteur de la santé fait d'autant plus appel aux anthropologues pour décrypter la part « culturelle » de la maladie. Si l'ethnologie choisissait traditionnellement des objets d'étude plus lointains, l'anthropologie de la santé s'est, dès sa création, aussi intéressée au proche. En effet, dès 1978, Latour et Woolgar se penchent sur le fonctionnement d'un laboratoire de neuroendocrinologie en Californie (Latour, Woolgar, 2006). Vidal note sur ce point que « dès l'instant où le regard posé sur les pratiques des soignants comme des malades renvoie à des contextes de vie, des relations au proche, des gestes de soins ou des conceptions de son métier : se pencher sur l'autre « proche » n'est pas faire œuvre moins anthropologique que s'intéresser à l'autre « lointain », aux comportements et représentations du monde irréductible aux

¹ Traduction de l'anglais par mes soins.

siens propres » (Vidal, 2010, p.9).

Il me semble que dans le contexte de la recherche qu'est Bruxelles et le multiculturalisme qui la caractérise, le « lointain » est venu au contact du « proche ». Dans ce contexte actuel de « globalisation », le terrain choisi peut correspondre à un lieu de rencontre de populations variées, tant au niveau des différences de parcours migratoires et de parcours de vie et cela pour tous les informateurs qu'ils soient travailleurs du planning familial ou usagers. Le fait d'aborder le terrain par le biais d'un objet issu de la biomédecine, ou en tout cas considéré comme tel, est intéressant à plusieurs titres. Revenons d'abord sur le terme même de « biomédecine ». Selon Pordié :

« La biomédecine provient d'une pratique culturelle de santé occidentale dans laquelle le médical s'est peu à peu constitué en corps autonome du social, aux alentours du XIXème siècle. Le paradigme biomédical repose presque exclusivement sur un entendement biologique de l'homme, de son corps et de son mal. Cette médecine est aujourd'hui la référence en matière de thérapeutique, en raison de ses formidables performances médicales, de ses modalités d'instruction et d'organisation, de sa diffusion mondiale et des procédés scientifiques par lesquels elle est validée. ». (Pordié, 2005, p.225).

Ce texte est tiré d'un chapitre de livre où il considère la prise en compte des « autres médecines » par l'organisation mondiale de la santé depuis le début des années 2000. Ce texte permet de mettre en perspective d'où l'on parle, ce que cela peut représenter pour d'« autres médecines » et sortir d'un ethnocentrisme aisé.

Cette précision étant faite, le fait d'aborder le terrain via un objet « biomédical » particulier qu'est la pilule, interroge le traitement pharmaceutique. Cela permet d'interroger la vie du médicament et les perceptions qui entourent cet objet. Ainsi, plusieurs auteurs se sont intéressés à l'anthropologie du médicament. En effet, les médicaments peuvent être vus comme des objets ayant une « vie sociale² » (van der Geest, Whyte, Hardon, 2002 : 3). Le plus souvent, ils sont des médicaments manufacturés par l'industrie pharmaceutique et sont utilisés dans le monde entier. Ce sont donc des objets qui peuvent être interprétés au niveau de leur signification et au

² Traduction de l'anglais par mes soins.

niveau de leur utilisation. Il en ressort que les médicaments sont pris dans une relation interculturelle. Définis par la culture biomédicale, ils sont cependant réinterprétés par chacun qui l'utilise ou qui le prescrit. Le médicament fait l'objet d'un usage social autre que celui perçu par le monde biomédical. Il se trouve également « au carrefour des interrogations contemporaines sur la mondialisation, la santé et les systèmes thérapeutiques. De plus, révélateur privilégié des enjeux socio-politiques et culturels, il permet de saisir de façon originale les transformations dans ces domaines qui touchent à la fois les systèmes socioculturels et les individus dans leur rapport au corps, leurs pratiques de santé et leurs interprétations de la maladie et de la guérison. » (Desclaux, Levy, 2003). La contraception permet parfaitement d'aborder les thèmes repris ci-dessus. Ainsi, l'histoire de la contraception s'inscrit dans une démarche socio-politique, elle a fait l'objet d'une expansion mondiale avec son lot de réinterprétation et enfin il s'agit d'un groupe de médicaments qui touche à l'intime.

Dans le contexte mondialisé dans lequel se sont développées les politiques de planification familiale, il n'est quasiment aucune population qui n'ait été en contact avec ce qu'on appelle la contraception dite « moderne ». Que ce soit par les campagnes de contrôle de natalité ou par les campagnes de prévention du vih-sida, il semble que d'où que l'on vienne dans le monde, une information concernant l'existence de moyens de contraception issus de la biomédecine soit passée. Cette information a certainement été abordée différemment selon les personnes. Certains auteurs l'ont montré avant ce travail (Russel, Sobo, Thompson, 2000). Dans certaines régions du monde, les politiques de planification familiale avaient pour vocation de limiter la natalité alors que dans d'autres, les mouvements féministes souhaitaient libérer la femme de la contrainte reproductive.

Ainsi, dans le Chiapas au Mexique, la mise en place d'une politique de planification familiale a clairement été perçue comme une imposition du pouvoir étatique sur une région particulière afin de contrôler le développement de la population (Thompson, 2000). Il s'agit d'un exemple parmi d'autres. La politique de planification familiale est une politique de santé publique issue de connaissances biomédicales et imposée à l'international dans une idéologie « sans-frontériste » (Laplante, 2005, p. 215). La planification familiale est considérée de ce point de vue comme un développement, qui doit donc être appliqué au plus grand nombre dans une vision positiviste. Cela place ce type de politique dans un courant idéologique correspondant à l'emprise de la

globalisation sur la combinaison « savoir/pouvoir » (Laplante, *op.cit*, p. 215). C'est donc une imposition de connaissances, considérées comme « supérieures » et donc logiquement imposables au plus grand nombre.

Mais le rejet de ces pratiques n'est pas spécifique aux espaces postcoloniaux. Un désenchantement s'exprime aussi dans les pays où le mouvement est né. Je cadrerai ces propos en revenant brièvement sur l'histoire. L'histoire de la planification familiale est liée d'une part au mouvements féministes et d'autre part au développement de la contraception dite « moderne » ou issue de la biomédecine. La contraception et la régulation des naissances existent depuis longtemps mais c'est au mouvement qui démarre au début du vingtième siècle que je souhaite m'intéresser. Ainsi, en 1915, la cause du contrôle des naissances fit les gros titres des journaux aux Etats-Unis. Margaret Sanger³ et d'autres partisans de la cause féministe commencèrent à s'exprimer publiquement, ouvrant des cliniques, distribuant des informations illégales sur le contrôle des naissances aussi bien que sur les contraceptifs. Elles militaient également en faveur de moyens de contraception plus efficaces et plus simples dont les femmes auraient la maîtrise. Un mouvement semblable était en marche dans le même temps en Europe. Néanmoins, la politique de cette période de guerre était plutôt nataliste d'où le caractère illégal de ces actions. Ces femmes militantes furent donc arrêtées à plusieurs reprises. Pendant la période de crise économique des années 1930, Le discours se modifia. Les partisans du contrôle des naissances parlèrent moins fréquemment de la nécessité pour les femmes d'avoir la maîtrise de leur corps, mais davantage de celle de démocratiser les pratiques contraceptives. La défense de la contraception en vue de la régulation des naissances était en effet fondée sur des méthodes contraceptives nouvelles dont les cliniciens avaient le contrôle, mais non les utilisateurs et les utilisatrices. La médicalisation de la contraception et de la sexualité était en cours (Bozon, 2005). A partir de 1945, Sanger, entre autres, au sein de ce qui était devenu la « *planned parenthood* » modifia sa plaidoirie en faveur de la contraception en y incluant les techniques scientifiques modernes. Ce paradoxe perdurera jusqu'à la fin des années 1960, lorsque les féministes des nouveaux mouvements nationaux et internationaux visant à défendre la santé des femmes militèrent pour une contraception efficace et sans

3 Activiste et infirmière américaine qui a défendu l'accès à la contraception et au contrôle des naissance. Elle a créé la première clinique de « contrôle des naissances » aux Etats-Unis et cette structure a évolué vers la Planned Parenthood Federation of America.

danger, dont la femme aurait la maîtrise. Aujourd'hui encore, la contraception et la sexualité s'inscrivent dans un suivi médicalisé (Martin, 1989) et la contraception est considérée par certains comme un échec du point de vue de la mise à égalité homme-femme (Bajos, Ferrand, 2004). Les mouvements autour du planning familial apparaissent donc pour certains comme n'ayant pas permis d'une part une libération de la femme de sa position de mère et d'autre part comme ayant autorisé une emprise du monde médical sur le corps féminin et plus largement la sexualité, la contraception, la reproduction et la naissance en normalisant la vie affective et sexuelle (Bozon, 2004).

Le planning familial s'est concrétisé en pratique par des lieux où des informations sur la vie sexuelle et affective sont prodiguées. Il y a des consultations gynécologiques, des avortements peuvent être réalisés et parfois des suivis de grossesse. Des consultations psychologiques et sociales sont très souvent dispensées et parfois des consultations juridiques ou de médiations familiales. Des animations dans les écoles sont effectuées par certains membres de l'équipe et informent les élèves de l'école primaire, du collège et du lycée sur la vie affective et sexuelle. Ces lieux sont repris dans une fédération mondiale, qui est l'International Planned Parenthood Federation, mais aussi des fédérations nationales. Le fonctionnement de ces lieux semble similaire en Belgique et en France, on note toutefois une différence au niveau de la terminologie qu'il semble important de spécifier. Si le Planning Familial en France correspond au mouvement, le lieu étant le « centre de planification familiale », en Belgique, le planning familial est le terme qui désigne ce centre où a lieu l'activité de planification familiale. Mon terrain se déroulant en Belgique, j'utiliserai ici le terme « planning familial » pour parler de ces lieux où ma recherche a pris place.

Dans ces propos introductifs, j'ai contextualisé le cadre dans lequel s'est déroulé ce travail. Il s'agit d'un travail qui s'inscrit dans le courant de l'anthropologie de la santé. Cela a permis de discuter des différences de perception de la santé entre la médecine et plus particulièrement la biomédecine (qui a été ainsi re-contextualisée) et l'anthropologie. Ensuite, j'ai rappelé de façon non exhaustive quelques travaux intéressants pour le sujet en anthropologie du médicament. Enfin, le terrain se déroulant en planning familial, un bref historique du mouvement avec les différentes applications en fonction de la géographie a été fait. Cela permet de poursuivre avec la méthodologie en ayant défini le contexte dans lequel est réalisée cette recherche.

Méthodologie

Le terrain ethnographique est guidé par un corpus. Plusieurs points seront présentés ici tels que les conditions d'accès au terrain, la présentation de la recherche dans les différents lieux étudiés, les considérations éthiques sous-tendant toute recherche, la façon dont les données ont été recueillies et analysées et enfin la façon dont la participation des personnes sera remerciée.

Accès au terrain

J'avais décidé de faire mon terrain dans trois plannings familiaux de la région bruxelloise (carte en annexe 1). Il s'agissait d'un planning familial à Etterbeek, d'un deuxième à Ixelles et d'un dernier à Bruxelles ville. Le premier m'était familier. La population consultant dans ces plannings est la raison de ce choix et de l'élection de ces trois lieux.

Le planning d'Etterbeek est situé à proximité immédiate du quartier européen. Par ailleurs, il est à distance de marche de Saint-Josse-Ten-Noode et de Schaerbeek. Cela permet à ce planning familial d'accueillir des patients d'origine diverses : des ressortissants européens, des primo-arrivants ou des descendants de migrants turcs, marocains, albanais. Cette dernière population est importante dans les communes de Schaerbeek et de Saint-Josse-ten-Noode.

Le planning d'Ixelles est situé dans un quartier particulier de la région Bruxelloise que l'on nomme Matongé. C'est un quartier où se retrouvent et vivent un grand nombre de personnes ayant pour origine l'Afrique Centrale et notamment le Congo.

Le planning familial de Bruxelles ville est lui situé dans le centre de la région Bruxelloise, à proximité de la Grand Place et de la place Sainte-Catherine. Il est par ailleurs proche du canal et donc de Molenbeek et Koekelberg, communes connues pour leur mixité, que les habitants soient primo-arrivants ou descendants de migrants principalement d'origine nord-africaine.

J'ai pris contact par mail avec le planning familial d'Ixelles et de Bruxelles ville. Dans les deux plannings, l'entrée s'est faite via une personne de connaissance qui avait été mise au courant du projet, le « coordinateur » a ensuite été contacté de façon plus formelle. Pour le planning familial d'Etterbeek, j'ai mis un point à l'ordre du jour de la réunion d'équipe du mois d'octobre 2014.

Un rendez-vous a été fixé au planning familial d'Ixelles après quelques échanges de mails. Il était d'abord question de m'accueillir à la réunion de décembre, donc deux mois plus tard, ce qui n'était pas possible pour raisons personnelles. J'ai finalement été accueillie en octobre, en début de réunion d'équipe, où j'ai eu quinze minutes pour présenter mon projet. C'est une équipe dynamique, qui a l'habitude de l'implantation d'études, notamment sociologiques, en sa structure. De plus, leurs activités sont diversifiées, puisque dans un même lieu, ils dispensent des consultations de médecine générale à travers la Maison Médicale, des consultations de planification familiale et interruption volontaire de grossesse via le planning familial, organisent des animations dans les écoles, possèdent un service de santé mentale et un service social. Ils sont donc ouverts à de nombreuses problématiques. J'ai présenté mon projet, celui d'effectuer des entretiens avec des patients se présentant au planning pour une consultation ayant pour objet la contraception, et ensuite de mettre en perspective les entretiens avec la question de la migration. Ils m'ont proposé d'en parler avec les patients se présentant avec cette demande lorsqu'ils les voyaient en consultation. S'ils étaient d'accord, ils m'enverraient ensuite leurs coordonnées par mail. Un feuillet (annexe 2) expliquant ma démarche a été laissé à l'accueil et dans les cabinets de consultation comme support et aide pour le « recrutement ». Ces documents étaient considérés comme un support écrit aux explications orales. Ils m'ont ensuite proposé la possibilité d'utiliser un local au sein du planning afin que je puisse réaliser mes entretiens. Pour ce faire, la « coordinatrice » devait être contactée afin de savoir si un local était disponible au moment souhaité. La mise au point s'est faite par mail de façon très efficace. Ce planning avait déjà accueilli des enquêtes de sciences sociales, peu de questions ont été posées sur ma méthodologie. Par ailleurs, aucune objection à ce qu'une enquête de type ethnographique ait lieu dans leur structure n'a été exprimée.

Concernant le planning familial de Bruxelles ville, le contact s'est fait par mail avec la « coordinatrice » qui m'a informé qu'ils étaient dans une période de travail intense puisqu'ils étaient à la recherche de nouveaux collaborateurs. Le projet posait donc des problèmes au niveau de l'organisation, et c'est pourquoi je n'ai finalement pas mené d'observation dans ce lieu.

[Présentation de la recherche](#)

Au planning familial d'Etterbeek, j'avais donc proposé de mettre un point à l'ordre du

jour de la réunion d'équipe du mois d'octobre. L'équipe a suggéré que je présente mon projet en premier point de la réunion, curieuse de savoir de quoi il s'agissait. J'en avais déjà parlé avec les collègues que je côtoie de façon hebdomadaire mais je n'en croise certains que lors de la réunion d'équipe. La présentation a débuté par mon parcours au niveau du master d'anthropologie et la démarche qui m'amenait à faire appel à leur collaboration. Ensuite, j'ai présenté la recherche comme un travail ayant pour sujet la contraception et la migration. Je souhaitais réaliser des entretiens avec des usagers et des travailleurs du planning familial. L'évocation de ces deux termes, migration et contraception, a déjà entraîné un vif intérêt de la part de l'équipe et a assez vite entraîné une discussion sur le sujet. On notait d'une part la façon dont les travailleurs perçoivent l'influence de l'origine, du parcours migratoire sur la contraception, et d'autre part, des remarques personnelles par rapport à la contraception qui signait aussi des a priori sur les différentes méthodes. L'exemple d'une de mes collègues en est une bonne illustration : elle nous a expliqué, convaincue, qu'il était contre-indiqué d'utiliser des anti-inflammatoires avec un stérilet au cuivre parce que cela en diminuait l'efficacité étant donné que le stérilet agit, entre-autre, en établissant un état inflammatoire local. C'est une théorie qui m'avait plusieurs fois été exposée en France tant en consultation de médecine générale qu'au centre de planification familiale. Les remarques étaient tellement nombreuses sur le sujet que j'avais été relire la littérature médicale qui m'avait confirmé qu'il n'y avait pas de fondement scientifique solide à cette théorie (La Revue Prescrire, 2003 : 76). La discussion lançait complètement le travail de terrain et cette présentation constituait déjà, à mon grand étonnement, un matériau très intéressant à exploiter.

L'équipe m'a ensuite interrogée sur les critères de recrutement. Qui devait-on inclure ? Concrètement, à qui devait-on proposer les entretiens ? Seulement à des patients d'une certaine origine géographique ? Le critère d'inclusion défini était la présentation au planning pour une question à propos de la contraception, que ce soit à l'accueil ou en consultation, quelle que soit l'origine géographique ou culturelle de la personne se présentant. Une collègue médecin, qui est aussi médecin en santé publique⁴, m'a alors interpellée. Elle a argumenté que je n'aurais aucun résultat exploitable si je ne ciblais pas plus ma recherche. Le conflit si souvent décrit entre les sciences sociales et les

4 Le médecin spécialiste de santé publique exerce dans le champ de la santé publique. Il réalise ou supervise des actions afin de promouvoir la santé, permettre la prévention et le diagnostic des maladies et assurer une prise en charge globale des problématiques de santé des patients et de leurs aidants, des communautés ou de la population.

sciences dites « dures » se présentait à moi. Je reviendrai sur cet épisode un peu plus loin dans le texte, lors de la partie que je consacre à mon approche réflexive.

Ici aussi, ils m'ont proposé d'en parler aux patients et de noter les coordonnées de ceux qui seraient d'accord pour une rencontre et un entretien. Le même dépliant que dans le planning d'Ixelles a été mis à disposition des travailleurs et des usagers.

Après la présentation dans ces deux plannings, la question de la mobilisation d'une équipe pour un travail personnel s'est posée car, vu les réactions enthousiastes dans les deux plannings familiaux, la faisabilité du terrain ne semblait pas être remise en cause. Néanmoins, le recrutement a finalement principalement été effectué par une femme médecin qui travaille dans les deux plannings. Plusieurs fois par semaine, je recevais un mail de sa part avec une ou deux patientes qui étaient d'accord pour que je les contacte afin de fixer une date pour un entretien. Deux autres collègues ont participé au recrutement mais il n'y a pas eu de retour des autres travailleurs. La recherche a été relancée à plusieurs reprises en envoyant un mail collectif à tous les travailleurs de chaque planning en début de semaine. Cela a probablement permis que la recherche ne passe pas aux oubliettes mais n'a pas motivé plus de personnes à proposer des entretiens aux patients. Une femme médecin a proposé de m'accompagner un mercredi après-midi dans un autre planning dans le centre de Bruxelles qui est attaché au CHU Saint Pierre. Cela aurait pu être intéressant mais n'était logiquement pas envisageable. J'ai tout de même été invitée à entrer dans le cabinet et à participer aux consultations, ce qui reste très positif. Par ailleurs, la curiosité était toujours bien présente et les personnes croisées dans les couloirs des plannings familiaux avaient toujours l'intérêt de savoir comment avançait la recherche et quand serait faite la présentation en retour. C'est ce retour qui avait été proposé comme contre-don, nous y reviendrons.

Moins d'informateurs qu'espéré au départ ont donc été recrutés. L'objectif était de réaliser des entretiens avec une dizaine d'usagers par planning, sans conditions de recrutement au niveau du sexe, et de trois à quatre travailleurs, là aussi par planning. Le choix des plannings s'était imposé par la diversité de la population qui les fréquente. Au niveau des personnes ayant répondu positivement pour un entretien, la variété au niveau de l'origine géographique des patients a finalement été moindre par rapport à ce qui avait été imaginé. Y aurait-il un biais dans la sélection des patients ? Peut-être certains sont plus difficile à recruter, ou peut-être propose-t-on plus facilement la participation à un entretien à des personnes qui ont-elles-mêmes déjà pratiqué cet exercice ou qui sont

au courant des modalités inhérentes à un travail universitaire ? Y'a-t-il eu des refus de certains patients ? Pourquoi ? Les réponses à ces questions ne sont pas connues mais je souhaite aborder ce sujet lors de la présentation du travail finalisé dans les plannings.

Ensuite, la demande de mobilisation pour cette recherche a eu peu de réponse du côté des travailleurs. Ce recrutement s'ajoute aux activités professionnelles quotidiennes. Vaut-on prendre le temps d'expliquer le projet de recherche, de répondre aux questions éventuelles et de prendre les coordonnées quand on a plusieurs personnes qui attendent pour avoir des informations à l'accueil ou quand l'on est en retard dans ses consultations ? Il est en effet difficile de sortir de son quotidien et garder en tête la recherche d'un tiers. Laurent Vidal (2010 : 155) a fait le même constat lors de sa recherche sur la santé maternelle dans un Centre de Santé au Sénégal.

Force est donc de constater qu'il n'est pas si facile de mobiliser une équipe à recruter des informateurs, probablement à cause de la difficulté de modifier une routine quotidienne, de faire entrer un nouvel « item » dans le déroulement de la consultation, de garder en tête un élément, qui concerne le travailleur de façon lointaine, et ce même s'il y a un intérêt marqué pour cette recherche.

Considérations éthiques

Lors d'un terrain dans le milieu médical, un protocole de recherche précis est demandé, le consentement éclairé des patients est exigé et les données doivent être anonymisées. Les trois « points clés » de l'éthique formelle de la recherche médicale sont ainsi un protocole précis anticipé, l'obtention du consentement des sujets et la confidentialité des données recueillies (Desclaux, 2008). Sans avoir atteint ce point, les demandes de précision sur la méthodologie de recherche par ma collègue lors de la présentation du projet entraînent dans ce formalisme, bien légitime de son point de vue. Mon projet de recherche n'a pas été soumis à un comité d'éthique mais il a été formalisé et discuté entre pairs lors de séances de réflexion dans le cadre du master universitaire. Pour reprendre Alice Desclaux (*op.cit.*), il est important d'envisager les problèmes éthiques qui se poseront sur le terrain choisi. Il est important de pouvoir discuter des modalités d'action possible au cours de la recherche et d'envisager ce qui pourra paraître comme éthiquement non correct. Lors de ce travail, il a par exemple été décidé de n'interroger que des personnes majeures afin de ne pas devoir demander une autorisation parentale

pour pouvoir réaliser les entretiens. De façon formelle, ce consentement aurait dû être demandé mais il aurait été difficile d'envisager de le faire. Le planning familial est un lieu où les adolescents se présentent le plus souvent seuls et ne souhaitent pas que leur présence soit divulguée. Il propose alors une certaine confidentialité comme le fait de ne pas envoyer la facture de laboratoire à leur domicile etc. Il est vrai que certains adolescents sont accompagnés mais il me semblait plus simple de n'interroger que des personnes légalement responsables. Ce point a pu être anticipé et discuté lors des discussions éthiques.

Mais lors de la réalisation du terrain de recherche, il peut tout d'abord arriver que des situations non anticipées se présentent mais la confrontation au terrain modifie également la perception de ce qui semble éthiquement acceptable. Ainsi, la possibilité de recruter des patients lors de mes consultations avait été discutée. Cela ne semblait pas poser de problèmes éthiques et de façon plus logistique, semblait très pratique. Donc, théoriquement, le fait de recruter des patients parmi la clientèle me consultant ne semblait pas être un obstacle. Il en a été autrement en pratique et finalement aucun de mes patients n'est devenu informateur, en tout cas pas dans le cadre des entretiens. Il semble important de souligner que finalement tous les patients aient été informateurs d'une certaine façon car la recherche n'a pas été cadrée uniquement par les entretiens. Les relations d'échanges font partie du terrain et même si elles n'entrent pas formellement dans le cadre des entretiens, les informations échangées nourrissent la réflexion. C'est ce qu'Olivier de Sardan nomme l'« imprégnation » (Olivier de Sardan, 1996). Cela illustre bien que le terrain ne puisse se définir « par un espace-temps défini » (Desclaux, *op.cit.*). Doit-on alors s'interdire d'utiliser ces informations pour la recherche ? Les « sujets » n'ayant pas été défini comme tels ? Cela apparaît pour Desclaux comme un « contre-sens » (*op.cit.*) et je la rejoins. Sarrandon-Eck illustre ce débat lors d'un terrain en médecine générale (Sarrandon-Eck, 2008). La participation à la consultation est consentie par le patient/le sujet, il est au courant et peut s'opposer à la présence du chercheur s'il ne souhaite pas que l'interaction qu'il a avec le médecin soit étudiée. Qu'en est-il des interventions urgentes, ou des visites à domicile des patients présentant des troubles cognitifs ? Elle conclut que ce sont des situations où le consentement des patients ne peut être demandé, et soit l'on « s'autorise » l'observation, soit l'on se coupe de toute une série d'informations. Le terrain de recherche au planning familial rejoint les points mis en avant par ces deux auteures. Je me suis autorisé le fait d'écouter et retenir ce qui s'était dit en consultation dans le cadre de la recherche

anthropologique même si le consentement n'avait pas été demandé et cela a été aussi le cas dans les discussions informelles entre collègues. Cela pose effectivement une réflexion éthique mais je pense que cela est justifié par le travail fait par d'autres médecins-anthropologues. Cela montre qu'il est nécessaire de ne pas être contraint par un protocole trop strict mais de préserver la spontanéité nécessaire à l'établissement d'une relation qui caractérise le terrain ethnographique. C'est une différence entre ce qui est demandé dans une recherche médicale et ce qui passe en anthropologie. Il ne semblait pas y avoir de problème éthique à ce que les patients deviennent informateurs, mais c'est finalement la part émotionnelle qui a joué. Cela illustre l'importance de notre part subjective dans la confrontation pratique (Ghasarian, 2002 : 5). Je reviendrai sur ce point dans la partie réflexive.

Le plus important dans un travail de recherche et même dans toute relation qui caractérise un échange tant ethnographique que médical est le principe de bienfaisance ou de non-malfaisance (Desclaux, 2008) et l'intention de ne pas nuire. Que le cadre soit fixé d'avance ou que celui-ci se module au fur et à mesure que le terrain avance par nécessité d'improvisation, il est nécessaire de se souvenir que nous travaillons avec d'autres personnes. L'anthropologie n'intervient pas sur le corps (Desclaux, *op.cit.*) mais travaille dans l'interaction avec des sujets. Cela peut potentiellement leur nuire ou leur être inconfortable d'où la nécessité de garder cette réflexion éthique et de l'adapter au terrain qui est en train de se faire.

Recueil des données

Après avoir repris les considérations éthiques inhérentes au terrain et au recueil de données, je présenterai la façon dont a le contact a été pris avec les informateurs et la façon dont se sont déroulés les entretiens.

Comme expliqué ci-avant, les personnes avec qui j'ai réalisé un entretien ont principalement été recrutées par un médecin. J'ai planifié dix entretiens avec des usagers du planning familial que ce soit d'Etterbeek ou d'Ixelles. Sur ces dix personnes, une a été recrutée par un médecin du planning familial d'Ixelles et les neuf autres personnes par le médecin qui travaille dans les deux plannings. J'ai réalisé huit entretiens (tableau des informateurs en annexe 3). Nous avions prévu un rendez-vous avec les deux autres personnes, une des deux personnes avait oublié et m'a dit qu'elle me tiendrait au courant d'une nouvelle date, l'autre personne n'est pas venue et n'a plus

répondu aux messages.

En effet, les coordonnées des patients m'étaient communiquées par mail via les travailleurs qui les avaient recrutés. Je contactais alors les personnes par téléphone afin de fixer un rendez-vous. Le premier contact se faisait en général de vive voix et les échanges suivants, comme pour la confirmation ou le rappel du rendez-vous, par sms/textos. Il a été difficile de fixer une rencontre avec trois personnes pour des raisons logistiques comme les journées de travail, la vie familiale etc. Dans ces trois cas, nous avons pu nous entendre pour un rendez-vous téléphonique.

Les entretiens de visu se sont déroulés dans les deux plannings familiaux d'Ixelles et Etterbeek. Ils ont plutôt eu lieu en fin de journée et en soirée le jeudi à Etterbeek et en journée à Ixelles, les mardis et jeudis matin.

J'ai choisi de réaliser les entretiens au planning familial pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les personnes savaient où le planning familial était situé puisqu'elles y avaient déjà consulté. Les deux plannings sont situés à moins de trois kilomètres l'un de l'autre, et je pouvais disposer d'un local dans les deux endroits. Ce local était confortable avec des fauteuils et une table basse, ce qui ne donnait pas une ambiance trop « médicale » au lieu. D'autre part, je ne souhaitais pas discuter de ce sujet dans un lieu public. En effet, nous avons abordé des questions personnelles et intimes et il me semblait inopportun d'envisager une discussion de ce type dans un café ou autre endroit où la promiscuité est potentiellement importante (Bigot, 2014). Enfin, je ne souhaitais pas réaliser les entretiens chez moi ou chez les personnes recrutées pour raison de respect de l'intimité de chacun. Cela me paraissait intrusif de me rendre chez les gens même s'il est vrai que cela aurait pu créer un cadre d'écoute différent et potentiellement fertile.

Les entretiens par téléphone se sont réalisés en soirée et durant le week-end.

J'ai, à chaque entretien, proposé l'enregistrement sans l'imposer. J'ai exprimé mon souhait d'enregistrer l'entretien, que ce soit pour les entretiens de *visu* ou au téléphone, et ai demandé l'autorisation à l'informateur. La première enquêtée, F., m'a répondu spontanément que c'était une très bonne idée et m'a quitté à la fin de la rencontre en me disant que c'était très chouette d'avoir enregistré l'entretien. La plupart des réactions étaient donc positives ou neutres. Pour B. par contre, la demande a d'abord semblé compliquée et elle a donné son accord à contrecœur. Cette usagère était en situation irrégulière en Belgique et il me semblait qu'elle avait peur que ces données soient utilisées à une fin qui pourrait potentiellement lui nuire et cela l'inquiétait. J'ai donc pris le temps d'expliquer le but de l'enregistrement et vu la tournure qu'a pris la rencontre,

cela ne semblait plus la stresser à notre séparation. Par contre, lors d'un entretien par téléphone, j'ai perçu un étonnement au sujet de ma demande. Je pense que le fait de ne pas être en face à face était la source de cet étonnement. Elle a malgré tout accepté l'enregistrement.

Pour l'entretien d'une autre personne, S2., j'ai apprécié cette technique par la possibilité que cela apportait de se replonger dans l'entretien et d'avoir une écoute distanciée par rapport à ce qui avait été dit tant par l'enquêté que par l'enquêteur. En effet, cet entretien avait été très intense et il a été important et intéressant pour moi de pouvoir prendre du recul par rapport à celui-ci.

J'avais choisi d'enregistrer les entretiens pour plusieurs raisons. Tout d'abord pour pouvoir être une auditrice attentive. Je ne souhaitais pas prendre de notes car cela demande du temps durant l'entretien et peut en casser le rythme et nécessite, dans un second temps, une mise en ordre rapide car si ce n'est pas fait, on risque de ne pas se souvenir de ce qui a été dit. Ensuite, et je reprends les intérêts de l'utilisation du magnétophone évoqués par Anne-Hélène Dufour (Dufour, 2002), cela permet d'être « disponible », de reproduire des « conditions naturelles de conversation » une fois le dispositif oublié et cela permet de retrouver le « rythme du discours » avec ses pauses ou ses accélérations lors de l'écoute de l'enregistrement.

Il est par contre à noter que cette technique est moins efficace pour les entretiens téléphoniques car on ne parvient pas à enregistrer de façon optimale la conversation. La retranscription a été parfois compliquée et donc imparfaite.

Par ailleurs, l'entretien par téléphone est un échange particulier. Ce que l'on peut noter de ceux-ci, c'est que l'on a le son sans l'image. La personne ne nous voit pas et nous ne pouvons la voir ce qui entraîne une construction imaginaire d'une partie de la rencontre. Cela entraîne aussi des demandes, des questionnements que l'on n'aurait pas si l'on se voyait de *visu*. Les questions sur la migration et les origines sont par exemple plus délicates car nous n'avons à notre disposition que le nom, l'accent et l'intonation.

Un des entretiens s'est déroulé de façon très plaisante. L'entretien avec J. a été riche d'informations, de questionnements et d'échanges. C'était le premier entretien par téléphone et j'ai été étonnée par la richesse de la discussion. J. a beaucoup parlé, un long monologue que j'ai peu interrompu, elle a ainsi répondu quasi spontanément à toutes les questions que je souhaitais lui poser. Elle a abordé des sujets assez intimes comme la peur de l'infertilité inhérente à la pilule, à son âge, aux antécédents familiaux. Etant donné que j'étais enceinte de 8 mois à l'époque, je ne suis pas certaine qu'elle

aurait abordé cette question si nous avions été face à face. Par ailleurs, nous avons réfléchi ensemble à ce qu'elle avait dit dans une analyse de son vécu qui a permis d'avancer de mettre en perspective son récit directement lors de l'entretien. Elle m'a permis d'avancer dans mon travail de réflexion sur la problématique de ma recherche.

Le fait que J. ait abordé certains sujets intimes parce que nous étions au téléphone pose question. En effet, si l'enquêteur ne peut se faire une image de son correspondant, il en de-même pour l'enquêté. Je pense, et d'autres l'ont dit avant moi (Bigot, 2014), que pour qu'un entretien se passe bien, il faut qu'une relation de confiance s'établisse. Certains se sentiront plus à l'aise par téléphone et auront plus facile à parler d'aspects intimes de leur vie, tandis que d'autres n'auront pas de problèmes à s'exprimer dans un face à face. Je pense que l'entretien de J. aurait été très intéressant si nous nous étions rencontrés mais cette modalité d'interaction, par téléphone, a très bien convenu. Les deux autres entretiens ont été beaucoup plus brefs et formels mais je ne peux pas dire que cela se serait passé autrement dans un autre cas. Il a de toute façon été intéressant d'adapter ma méthodologie à la situation et d'imaginer d'autres solutions que la rencontre de *visu* pour que l'entretien ait lieu.

Les entretiens ont été semi-directifs (Olivier de Sardan, 1995) c'est-à-dire qu'il existait un canevas de questions auxquelles je souhaitais pouvoir trouver une réponse mais que la conversation était libre de se développer en fonction de la relation qui s'établissait avec la personne interviewée. Cela a permis de recevoir des remarques, des réflexions et des interrogations sur le sujet et d'enrichir mon questionnement personnel. Les entretiens se sont donc étoffés au fur et à mesure des rencontres et ont nourri la réflexion du terrain. Ces entretiens ont duré entre quinze et quarante-cinq minutes.

Les travailleurs de planning familial ont été rencontrés sur leur lieu de travail. Dans le bureau de K. à Ixelles et dans la salle de repos à Etterbeek pour A. et E, que j'ai rencontrés ensemble. Deux rencontres ont été organisées avec K. à quasiment un an d'intervalle. Les discussions ont chaque fois duré une heure environ toujours sur le même mode de l'entretien semi-directif. Pour A. et E., l'entretien a duré environ trente-cinq minutes et il s'est poursuivi encore une vingtaine de minutes avec E. Les entretiens ont aussi été enregistrés après accord des travailleurs.

Les personnes rencontrées sont toutes des femmes, aucun homme n'a été recruté. Même si je me doutais que cela se passerait de cette façon car proportionnellement, les hommes consultent beaucoup moins en planning familial que les femmes, j'espérais pouvoir entendre des avis masculins sur les questions posées. Il en de même pour les

entretiens des travailleurs, puisque les femmes sont plus nombreuses que les hommes à travailler en planning familial.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits de la manière la plus fidèle possible en respectant les pauses et les expressions tels que rires et soupirs.

Le moment partagé avec chaque personne, que ce soit les usagers ou les travailleurs du planning familial, a pour moi été réellement agréable et intéressant. J'espère d'ailleurs que cela a été ressenti de la même façon par mes interviewés. La partie suivante permettra de réfléchir à la réponse que je souhaite donner à cette participation.

Contre-don

Toutes les personnes interrogées se sont déplacées au planning familial afin que l'entretien puisse avoir lieu. Celles pour qui cela n'était pas possible m'ont accordé du temps par téléphone. Comment répondre à cette mobilisation ?

La mobilisation de l'informateur était volontaire et sans obligation. Malgré tout, il semble que certains enquêtés aient pu avoir eu le sentiment de « devoir » répondre à l'enquête dans le contexte relationnel dans lequel l'entretien a été proposé comme je l'ai exposé précédemment. La plupart des répondants avaient fait des études supérieures ou leur cursus était en cours. Ils étaient donc au courant de la démarche et pourraient avoir répondu par sympathie ou dans un élan de solidarité académique. Il m'a également semblé que certaines exprimaient un réel intérêt scientifique pour ma recherche.

J'ai proposé à toutes les patientes enquêtées de revenir vers elle par mail et de leur envoyer un compte-rendu de la recherche. La réaction a été globalement enthousiaste. B. a aussi répondu positivement à cette proposition mais n'ayant pas d'adresse mail, elle aura le retour via son médecin traitant.

Le principe que je m'étais fixé au départ était de ne pas donner de conseils médicaux au cours de l'entretien. Cela n'est pas le choix que font tous les médecins anthropologues. Ainsi, Didier Fassin décrit dans « Pouvoir et maladie en Afrique » avoir choisi de ne pas omettre son état dans un souci d'éthique médicale, en ne refusant pas de donner les soins, et un souci d'éthique sociologique, en considérant les conseils ou les soins donnés comme des contre-dons (Fassin, 1992 in Sarradon-Eck, 2008). Mon statut de médecin était clair pour les participants, mais étant donné le contexte tout à fait différent que celui décrit par Fassin, il ne me semblait pas que mon choix de ne pas prodiguer de soins empêche un accès à l'information médicale, par un autre biais, pour celles qui

l'auraient souhaité. Malgré tout, lors de l'entretien avec B., j'ai donné des réponses à ces questions médicales. Cela est apparu comme logique dans le cours de l'entretien. Cela s'est formalisé comme un contre-don à sa mobilisation.

Le retour au niveau des plannings familiaux se fera par une réunion où seront exposés les résultats de la recherche. Un intérêt marqué pour cette formule m'a été communiqué, surtout au planning d'Ixelles. Certains sont effectivement revenus vers moi pour s'assurer que ce retour aurait bien lieu.

Mais ce retour est-il suffisant et satisfaisant pour tous ? Puis-je répondre de cette façon à la mobilisation spontanée de personnes qui n'ont au départ aucun intérêt pour cette recherche ?

L'amélioration de la qualité des soins, par l'amélioration de la pratique potentielle des travailleurs et de moi-même, pourrait aussi être une forme de contre-don. Mais n'est-ce pas accorder une place trop importante à ce travail ?

Ces entretiens pourraient aussi être considérés comme un espace de parole, autre que l'espace de consultation, différent que celui prévu au sein du planning familial, dans une autre forme d'écoute (Desclaux, 2008). Cette forme d'écoute différente, que certains ont nommés la « thérapeutique anthropologique » (Hoarau, 2000) signe une autre modalité d'écoute que celle offerte par le corps médical. Cette écoute, non médicale, non psychologique, que Fainzang a elle aussi mis en avant dans son terrain dans un service hospitalier (Fainzang, 2006) crée un espace où une autre discussion est possible. Un espace où le parcours de vie peut être mis en perspective avec les questions sur la contraception, la sexualité, la fertilité, et où d'autres questionnements peuvent être abordés.

Concernant le retour avec les professionnels, il sera intéressant de voir comment présenter des résultats à des sujets qui ont aussi été l'objet de la recherche (Vidal, 2010). En effet, il est clair que des résultats différents que ceux imaginés par les travailleurs interrogés seront présentés. Le deuxième entretien avec K. un an après le premier a déjà montré des divergences de points de vue lors de la présentation des premiers « résultats » ou premières impressions concernant les entretiens réalisés. Une autre idée serait d'organiser une table ronde avec toutes les personnes ayant participé aux entretiens afin que débattent ensemble usagers et travailleurs de planning, autour des questions de contraception. Il y aura effectivement une journée organisée par le planning familial d'Etterbeek avec conférences et débats. Serait-il possible d'intégrer cette table ronde dans l'organisation ? Cette idée est encore au stade de projet, la

concrétisation est encore hypothétique et doit rencontrer des impératifs logistiques.

Ainsi se termine la présentation de la méthodologie de la recherche. J'y ait soulevé de nombreuses interrogations, tant dans la mise en place du terrain que dans sa concrétisation. La partie suivante, concernant l'approche réflexive, permettra d'approfondir certains questionnements.

Approche réflexive

L'approche réflexive nous permettra d'étudier des questionnements qui sont apparus avant et pendant le terrain. Notamment, la question primordiale de savoir comment se construit la pensée médicale. Le fait de décrypter le développement et l'apprentissage des médecins permet de donner des clés pour comprendre la fonction de médecin en tant qu'apprentie anthropologue dans le terrain, déjà connu, qu'est le planning familial. Nous nous pencherons ensuite sur la hiérarchisation des relations dans le domaine de la santé que ce soit au sein même des structures, ou entre les patients et les soignants. Cette réflexion est importante pour l'analyse de la production des données ethnographiques. Ensuite, nous reposerons la question du recrutement des informateurs. Est-ce possible de recruter des sujets qui nous consultent ? Nous terminerons enfin sur la position de femme comme médecin et comme apprentie anthropologue. Quelles sont les conséquences que le genre de l'apprentie ethnologue peut avoir sur le déroulement du terrain de recherche ?

Construction de la pensée médicale

Le terrain, d'abord envisagé comme un apprentissage formel se transforme peu à peu en une aventure. Même si le lieu choisi est connu, le terrain force, ou permet, un autre regard, une autre position dans cet endroit habituel et dans les liens déjà noués. La découverte du lieu comme pour tout apprenti anthropologue qui aborde son terrain, permet de ré-envisager la façon d'aborder le travail, les collègues, les patients, la philosophie du planning familial.

En effet, même si je ne suis pas restée de façon permanente sur le lieu où le terrain se déroulait, l'abord des consultations, les réflexions entre collègues, le déroulement des réunions d'équipe, a été doublement analysé. En même temps que j'effectuais le travail qui m'est dédié au sein du planning familial, tel qu'assurer les consultations, discuter des patients avec les collègues, participer aux réunions d'équipes en tant que médecin, les événements ayant cours étaient enregistrés, les informations étaient collectées et un regard différent se posait sur ces actions. L'« imprégnation » du terrain (Olivier de Sardan, *op.cit.*), comme pour tout ethnographe, faisait son chemin. Sans parler de double rôle, un double regard était possible et de plus en plus au fur et à mesure que le terrain avançait et que la pratique s'installait. Dans cette partie réflexive, l'analyse de ce

« double-jeu » prend tout son sens.

Tout d'abord, comme Byron Good l'a étudié, les études de médecine construisent l'individu. Elles forment celui-ci à un nouveau regard, une nouvelle perception de la réalité. Comme l'écrit Byron Good « La médecin formule le corps humain et la maladie de façon culturellement distincte » (Good, 1998, p.150). Il tire cette conclusion après avoir suivi, interrogé et accompagné des étudiants lors de leur cursus de médecine à l'Ecole de médecine de Harvard. Il poursuit en proposant certaines transformations qu'établissent les études sur la perception du monde.

Ainsi, la façon de *Voir* est modifiée. « Dans le monde de la médecine, le corps devient médical, radicalement différent de celui auquel chacun de nous a à faire dans la vie de tous les jours. Et l'intimité qui s'établit avec lui relève d'un contexte à part, ensemble organisé de perceptions et de réponses émotionnelles nées du corps comme lieu de savoir médical. » (Good, *op.cit.*, p.151). Cette transformation de la perception du corps comme corps « anatomique » commence par les images. En effet, les cours de médecine se déroulent le plus souvent par la projection de diaporamas d'images, de planches anatomiques, de photos de particularités anatomiques, d'images de la maladie.

Ensuite la façon d'*Ecrire* et *Parler* est modifiée. La vue d'une réalité est modifiée pour correspondre à une construction anatomique, médicale du corps humain. Il faudra ensuite, lors des stages cliniques pouvoir exprimer en termes médicaux ce dont se plaint le malade. « C'est là qu'il (l'étudiant) va apprendre à construire le malade en tant que patient, perçu, analysé et présenté comme relevant du traitement médical. » (Good, *op.cit.*, p.172). Le dossier médical, concis, clair, utilisant le vocabulaire adéquat est un apprentissage. La maladie est écrite, est décrite, en termes médicaux. Lors du tour de salle, la description de chaque patient, en allant à l'essentiel de ce que les médecins titulaires souhaitent savoir du « cas médical » est un apprentissage. La vision devient anatomique. La description du malade le transforme en cas médical suite à l'utilisation d'un vocabulaire tant à l'écrit qu'à l'oral, médicalement, et même en reprenant Good, culturellement construit.

Cette formation construit le médecin en devenir, change sa perception du monde, modifie l'individu car le caractère envahissant, prenant des études de médecine engendre un empiètement de la formation professionnelle sur la réalité personnelle. Je concède que cet empiètement sur la vie privée est le chef de nombreux de formations. La particularité des études de médecine est qu'elle concerne le corps et l'humain et qu'elle transforme profondément et culturellement la façon d'aborder le corps. Entreprendre

une autre formation, qui étudie l'Homme par un tout autre biais que le biais biologique demande une transformation de la perception du monde qui a été façonnée par ses années d'étude et de pratique de la médecine. Elle demande une remise en question de réflexes, d'automatismes de pensée. Elle demande d'analyser cette formation qui a construit notre pensée. Le texte de Byron Good est pour cela édifiant et particulièrement utile.

Une fois appréhendé ce processus interne, on peut se tourner sur la manière d'être et la façon d'agir. Des habitus au sens défini par Bourdieu qui sont ancrés dans la personne, façonné par les études et par les stages. Je tiens à être critique. Les études ne compressent pas les personnes dans des moules dont sortiraient des médecins tous identiques. Notre passé, notre éducation restent en nous, notre façon d'appréhender le monde ne devient pas uniforme suite à la formation universitaire. Le choix de la spécialisation, du milieu où l'on travaille, des idéaux et des priorités que l'on met en avant restent du ressort de chacun et permet la diversité des personnalités que l'on trouve dans chaque milieu qu'il soit professionnel ou personnel. Mais une façon d'agir, commune au « monde médical » semble se dégager. Ainsi, la formation médicale est un apprentissage qui forme le médecin à faire partie d'une corporation. Les études de médecine se terminent par la prestation du serment d'Hippocrate, acte performatif qui rassemble les médecins. Ensuite, au début de la vie professionnelle, l'inscription à l'Ordre des médecins conduit, en France, à rencontrer le président de l'Ordre régional. Cela renforce le sentiment d'appartenance à un groupe (Sarrandon-Eck, 2008).

Ces habitus semblent aussi construits par le milieu. Ils me semblent différents en milieu hospitalier et en planning en familial. Ils me semblent aussi différents si l'on étudie un hôpital universitaire ou une clinique. Dans cette appréhension de la façon dont les soignants agissent vis-à-vis des usagers, dans ce cas-ci dans le cadre du planning familial, des attitudes se dégagent. Dans la relation médecin-soigné, la nature profondément hiérarchisée de la relation a été mise en avant depuis de nombreuses années (Fainzang, 2006). Le fait de faire partie de cette relation et d'analyser la polarisation qui survient est intéressant. Qu'est-ce qui hiérarchise cette relation ? Pourquoi est-ce ainsi ? Est-ce consciemment construit ?

Relations hiérarchisées

La relation médicale hiérarchisée s'inscrit de deux manières : dans la relation entre médecin et patient, mais aussi entre professionnels du secteur de la santé. Je présenterai ici ces deux aspects de la hiérarchisation des relations et discuterai ensuite de la hiérarchisation souvent débattue entre les sciences dites « dures » et les sciences dites « molles ».

La relation est hiérarchisée pour plusieurs raisons. Elle est tout d'abord historique, le statut qu'avait le médecin par le passé était particulier. N'en parlait-on pas comme d'une des personnes importantes de la communauté avec l'instituteur et le curé ? Il faisait partie des notables de la ville ou du village. Le médecin lui-même se considérait comme faisant partie d'une corporation importante, sociologiquement et culturellement construite, comme nous l'avons vu. Si l'on pousse l'analyse un peu plus loin, le médecin était souvent un homme, d'une famille bourgeoise, ce qui va dans le sens d'une relation hiérarchisée sur plusieurs aspects : la domination du masculin sur le féminin, la domination entre classes sociales et la domination de la connaissance.

Toujours actuellement, il me semble que cette relation est peut-être plus encore hiérarchisée lorsque le médecin est un homme et certainement s'il est plus âgé. L'image d'une personne notable persiste pour certains médecins généralistes implantés depuis de nombreuses années dans un secteur de soins. De même, certains médecins spécialistes travaillant en privé ou à l'hôpital continuent à donner une image d'importance, renforcée par un poste universitaire ou une fonction professorale. Par contraste, la relation est probablement moins hiérarchisée dans une consultation de planning familial. En effet, l'accueil y est moins formel, le personnel est majoritairement féminin et souvent plus jeune, les travailleurs plus âgés sont souvent des anciens militants ayant créés les premiers centres de planning familial. L'environnement est plus décontracté, le cabinet est souvent installé dans une maison ou un appartement, l'agencement et la décoration est pensée pour être chaleureuse et créer une intimité. De même, rares sont les soignants qui portent un uniforme ou un badge d'identification. Cela permet de « démedicaliser » l'image que peuvent avoir les lieux de soins. Mais c'est une question que je n'ai pas posée aux usagers des plannings familiaux et qui aurait pu être intéressante : perçoivent-ils la relation établie en planning familial avec les soignants de façon différente de celle qu'ils ont pu vivre dans un cabinet de gynécologue en hôpital ou en privé ?

La mise en perspective d'un lieu habituel par l'observation ethnographique, permet de ré-envisager les positions et l'organisation de la structure. Le planning familial est un lieu le plus souvent autogéré où travaillent ensemble médecins généralistes, parfois gynécologues (pas dans les endroits observés), psychologues, assistants sociaux, personnels administratifs et juristes. Cela peut varier d'un planning à l'autre mais il semble que ces différents acteurs se retrouvent de façon constante. Le planning familial compte donc une grande part de femmes parmi les travailleurs. Ainsi, à Etterbeek, on retrouve un homme pour treize femmes au début de la recherche et trois pour treize au moment de poser ces lignes. Il en est de même dans plusieurs plannings où j'ai travaillé que ce soit à Bruxelles ou à Marseille. Pour en revenir aux facteurs de hiérarchisation des relations, s'il semble que l'accueil au planning familial soit envisagé pour limiter le plus possible le rapport de domination avec les usagers, qu'en est-il entre les travailleurs ? Un des facteurs de hiérarchisation est la différence de statut entre les travailleurs. Ainsi, parmi les travailleurs en planning familial, certains sont salariés, d'autres sont indépendants. Les médecins sont généralement indépendants, les autres travailleurs sont salariés. Cela s'explique simplement par le fait que les médecins ont en général leur pratique en cabinet médical libéral par ailleurs, les quelques heures prestées en planning familial se font donc comme travailleur indépendant. Cela a une influence sur l'organisation du planning familial. Ainsi, les travailleurs non-médecins sont en général plus impliqués dans les activités du quotidien et dans les activités de gestion du planning familial. Ils ont en général un temps de travail plus important au sein de la structure. Il en ressort qu'il semble parfois que les médecins apparaissent davantage comme des consultants au planning familial ce qui n'empêche pas qu'ils gardent paradoxalement une importance notable de par leur activité au sein du planning familial. En effet, les consultations restent une des rentrées d'argent les plus importantes. Cela polarise et hiérarchise les liens au sein de l'organisation qui se veut en autogestion. C'est pour ces raisons que certains plannings familiaux ont choisi de modifier leur organisation et ont engagé un gestionnaire ou coordinateur. Ce principe d'autogestion est historique : en effet, les plannings familiaux sont nés d'une contestation post soixante-huitarde sur la défense de la liberté de choix pour les femmes du point de vue de la sexualité et de la procréation. C'est dans la suite de ce mouvement où des travailleurs, nourris d'idéaux, se sont regroupés pour fonder ces structures où une autre prise en charge médicale et une autre écoute serait possible. Ces principes restent prégnants au sein des plannings familiaux, que ce soit en Belgique ou en France car leur

légitimité est fréquemment remise en question. Cela reste un endroit où l'écoute est essentielle, que ce soit vis-à-vis de l'utilisateur ou entre les travailleurs. On tente de maintenir une hiérarchisation que l'on souhaite minimale entre les travailleurs. La voix de l'assistant social est tout aussi importante que celle du médecin, que ce soit dans la prise en charge des patients que dans l'organisation du planning familial. Le souhait d'une prise en charge globale du patient tant au niveau social, que médical ou psychologique est un leitmotiv de l'organisation en planning familial et c'est vers cela que ces structures devraient tendre.

L'apprentie anthropologue, tout en observant le médecin travailler, a pu appréhender ces différents aspects de l'organisation du planning familial et de la fonction de médecin au sein de cette structure de façon privilégiée. Les interactions avec les collègues ainsi que les allers-retours réflexifs se sont poursuivis et ont nourri le questionnement tant médical qu'anthropologique posant la question de la coexistence des sciences dites dures avec les sciences dites molles.

En effet, la médecine, considérée comme une discipline des sciences « dures » est ici confrontée à l'expertise des sciences sociales. Les sciences dites dures, par leur méthodologie, se défendent de pouvoir prétendre à l'exactitude. Les sciences dites molles, par leur démarche inductive, sont souvent écrasées par, dans ce cas-ci, le monde médical et plus exactement la biomédecine. Donc le fait d'être médecin, mais également étudiante en anthropologie confronte deux manières de penser, la construction de la pensée au niveau de la biomédecine, mais aussi deux manières d'envisager une recherche. Ces différences entre les deux démarches se sont cristallisées dans l'épisode que j'ai mentionné lors des remarques de ma collègue au moment de la présentation de ma recherche dans le planning familial d'Etterbeek. Ma collègue, médecin généraliste et médecin en Santé Publique a, à juste titre du point de vue d'un médecin en Santé Publique, mentionné que je n'obtiendrais aucun résultat exploitable si je ne ciblais pas plus ma recherche. Elle était embêtée par le fait que la population n'était pas plus définie que « toute personne se présentant au planning familial avec une demande concernant la contraception ». Pour elle, je devais pouvoir définir une population d'une certaine origine géographique tout d'abord, ensuite le sexe de la population étudiée et ensuite l'âge d'une façon plus précise que « toute personne majeure ». Lors d'une recherche en santé publique, il est effectivement important d'avoir un échantillon sur lequel il sera possible d'effectuer des statistiques. Cela n'était pas mon but et n'est pas le but recherché dans une étude ethnographique. On tente de recueillir des récits de vie

portant sur l'objet étudié, croiser ces récits et se nourrir de ce qui a été dit, mais aussi vu, entendu, ressenti lors de l'observation participante. En outre, il n'y a pas de prétention à la « représentativité » ce qui est effectivement extrêmement différent de la logique de la recherche en santé publique. Cela semble clair au moment en lisant ces lignes mais cela ne l'a pas toujours été pour moi. En effet, lors de la confrontation avec cette collègue, je revenais tout juste d'une année à l'étranger et c'était la première réunion d'équipe à laquelle je prenais part. Je devais réintégrer cette fonction de médecin qui est la mienne au sein de cette structure. Par ailleurs, je présentais ce travail de recherche, où la réflexion au niveau du déroulement du terrain était toujours en cours et donc peut-être encore fragile. La remarque de cette collègue, appuyée et certaine de son bon sens, a engagé cette réflexion et a permis de réfléchir sur cette double casquette que je devrais porter dans la structure. En effet, la démarche de l'apprentie anthropologue allait être toute différente de celle dont la médecin avait l'habitude (j'ai par ailleurs déjà effectué de la recherche en tant qu'étudiante en médecine). Cette démarche plus étalée dans le temps et dans l'observation participante (Olivier de Sardan, *op.cit.*) a eu sa place au sein du planning familial et a été acceptée par les autres collègues. Par ailleurs, j'ai remarqué que contrairement à la démarche des sciences dures, la réflexion sur l'environnement, sur les discours, permet d'avancer dans la recherche. Ce n'est pas le cas des sciences dites dures où l'on cherche à recueillir le plus de données, de façon très ciblée et où la période d'analyse se passe finalement assez rapidement une fois le recueil fait. Je rédige plusieurs mois après le terrain et finalement tout ce temps n'est pas perdu. Il m'a permis de poursuivre la réflexion, de continuer l'observation au sein du planning familial. J'ai pu continuer à appréhender cette double casquette et prendre du recul par rapport à celle-ci. Le temps construit la réflexion.

Je terminerais en évoquant les deux positions prises au sein du planning familial comme apprentie anthropologue et médecin. Prétendre à deux positions dans une même structure a aussi entraîné des questions. Ainsi, la plus importante a été de savoir si je souhaitais recruter au sein de ma patientèle. Envisagée à la base, cette démarche a été remise en réflexion.

Recrutement des informateurs

Pour pouvoir envisager de recruter des informateurs, il faut d'abord envisager l'accès au terrain de recherche. Il semblerait donc que l'accès au terrain soit facilité par le fait de

mon statut professionnel puisqu'il est difficilement accessible aux non soignants. La question se pose alors de la double casquette, médecin et apprentie anthropologue, lors d'un terrain ethnographique.

On entend souvent que l'accès au terrain dans le milieu médical est difficile. Et si ce terrain est accessible, il est parfois très compliqué de négocier l'accès au cabinet de consultation pour le non médecin (Linconstant, 2014 ; Sarradon-Eck, *op.cit.*). Le secret professionnel est souvent mis en avant et brandi comme une barrière qui interdit l'accès au cabinet médical et la consultation avec son fameux colloque singulier. Il est bon de rappeler que le secret professionnel s'applique à toutes les catégories professionnelles mais que seul le secret médical en France est défini par la loi dans le code pénal, par le code de santé publique et par le code de déontologie médicale (Sarradon-Eck, *op.cit.*). En Belgique, le secret médical est défini d'une part, par l'article de loi 458 du code pénal de 1867 et d'autre part, par le chapitre V du code de déontologie médicale émis par l'Ordre des médecins de Belgique. Ce qui n'empêche que certains anthropologues non médecins ont eu accès au cabinet de consultation (Fainzang, *op.cit.* ; Hérault, 2007 ; Guyard, 2014). Comme je l'ai présenté dans la méthodologie, il était prévu, dans le cadre de cette recherche, de recruter des informateurs parmi la patientèle me consultant. Il avait été imaginé de proposer aux patients de se revoir pour un entretien anthropologique à la suite de la consultation médicale. Il était très important de strictement séparer les deux temps pour ne pas faire d'amalgame. Cette idée avait été discutée lors de la préparation du terrain en premier master et elle semblait tout à fait réalisable et même assez optimale. En effet, une relation de confiance se serait établie entre le/la patient(e) et le soignant durant la ou les consultations, son histoire contraceptive serait connue et nous pourrions entrer directement dans une discussion intéressante sur les croyances autour de la contraception, de la sexualité et de la fertilité. Il semblait peut-être plus facile d'aborder l'historique familial car l'entretien ferait suite à un premier contact.

En pratique, j'ai vu beaucoup de patients dont l'histoire était très intéressante. Il aurait été opportun, dans le cadre de cette recherche, de parler plus longuement avec eux, de discuter de la contraception et de leur histoire familiale. Dans certains cas, le fait de voir plusieurs fois les patients a permis d'aborder certaines questions mais toujours dans le cadre de la consultation médicale et, de ce fait, dans un but de compréhension d'une situation sociale pouvant influencer la condition médicale, physique ou psychologique. Je n'ai pas osé proposer des entretiens aux patients vus dans le cadre d'une consultation.

Pourquoi ? Par pudeur tout d'abord. Parler de ce travail de recherche signifiait se dévoiler, parler de soi, alors que le patient consulte pour parler de lui, de ses soucis. Parler de ce travail voulait dire que je devais parler d'interrogations par rapport à un métier, à une profession, ce statut qui fait qu'ils font appel au médecin ou qu'ils viennent en consultation.

Ensuite, par respect. En consultation, le patient vient avec une demande. Demander quelque chose en retour, c'est interférer dans cet ordre des choses, c'est inverser les rôles, c'est prendre une place dans la consultation qui n'est pas celle du soignant. Je n'ai pu à aucun moment faire cette demande. Cela a toujours semblé égoïste par rapport aux problèmes exposés par le patient. Par ailleurs, faire cette demande empiétait sur le temps professionnel pour un travail personnel. Même si les résultats du travail seront exposés au planning, il semblait peu correct de prendre du temps sur la consultation pour parler de cela. Prendre du temps au patient sur son temps de consultation, et puis prendre du temps de travail. D'une part comme de l'autre, ce temps ne me semblait pas dédié directement à la recherche anthropologique. Il était nécessaire de respecter le temps dédié à la fonction de soignant tant vis-à-vis du patient que de l'institution. Enfin, je n'ai pas osé poser la question par crainte de créer une contrainte. Proposer à quelqu'un qui sort de la consultation un entretien pour un travail personnel alors que je viens de lui consacrer du temps, ce qui est tout à fait normal et logique, me paraissait entraîner un contact biaisé. En effet, il me semblait mettre le patient au pied du mur en proposant l'entretien et laisser peu de place à la liberté de choix. La possibilité de ne pas se présenter à l'entretien existe mais cela aurait pu entraîner une rupture dans la relation thérapeutique.

Tout cela porte à réflexion. Tout d'abord, il est difficile de tenir deux rôles et le don d'ubiquité n'existe pas. Ce qui se passe en consultation et le contact noué avec les patients m'imprègne et nourrit la réflexion du travail ethnographique. Les entretiens semblent donc comme un arrêt dans un temps plus long sur un terrain où je suis aussi « participant-observateur » (Bouju, 2007 : 140). Une observation aux dépens du patient ne semblait pas adéquate non plus. Il est clair que ce qui est vécu en consultation m'imprègne et influence le terrain ethnographique mais une observation clandestine semblait malhonnête dans le contact soignant-soigné. Une observation déclarée risquait par contre de modifier la relation avec le risque de perdre sa spontanéité et j'ai donc fait le choix de ne pas faire d'enregistrement sans en aviser le patient (Sarradon-Eck, *op.cit.*) Il reste que ces consultations constituent un matériau pour ce travail ethnographique et

que cela a commencé avant le master et continuera après.

De même, le fait d'être médecin dans la structure où se déroule le terrain pourrait sembler être un avantage par rapport aux entretiens avec les travailleurs de planning. Une de mes collègues s'est spontanément proposée pour un entretien et deux autres ont suivi. Parce que le rapport entre nous est moins formel, l'organisation est moins stricte et les choses avancent moins rapidement qu'avec les travailleurs d'autres plannings. Si l'entretien avec K., psychologue à Ixelles, s'est organisé très facilement, l'entretien avec mes collègues a été plus compliqué à organiser. Nous pensions pouvoir le faire entre deux tâches à exécuter lors de nos après-midis de travail, ce qui ne s'est, bien entendu, pas organisé. Nous avons finalement fixé un moment où je ne travaillais pas pour se rencontrer.

En conclusion, on peut affirmer que si l'accès au terrain a été foncièrement facilité par le statut de médecin au sein de l'institution observée, ce même statut a rendu les choses plus difficiles. Il est ardu de porter deux casquettes et de séparer les temps de travail et les temps de recherche. Il est également difficile de recruter des patients pour des entretiens alors qu'on vient de les voir en consultation. Il n'est pas simple non plus d'établir un temps dédié à la recherche avec les collègues. La perspective du terrain est modifiée par le contact direct, et des problèmes éthiques, qui avaient pourtant déjà été questionnés, apparaissent sous un autre aspect et demandent à être à nouveau réfléchis. Nous finirons cette approche réflexive en envisageant la position du chercheur sur le terrain en tant que femme. En effet, le genre du chercheur influence le cours du terrain, les rapports avec les informateurs et le recueil des données.

[La position de femme sur le terrain ethnographique](#)

Comme expliqué auparavant, le planning familial est un milieu majoritairement féminin. En effet, les soignants et autres travailleurs sont le plus souvent des femmes et les usagers sont fréquemment des usagères. Cela n'est pas exclusif, les hommes demandent à être conseillés et à consulter au planning familial et ils sont présents comme accompagnateurs.

Le fait que je sois une femme dans ce milieu semble donc logique. Il n'a pas été étonnant pour les informateurs, qui étaient d'ailleurs toutes des informatrices, que ce soit une femme qui travaille sur le sujet de la contraception. Si j'avais été un homme, la situation aurait été plus remarquable. On peut prendre l'exemple d'Agnès Jeanjean qui a

travaillé dans les égouts de Montpellier qui est un espace considéré comme masculin. Son état de femme lui a demandé de réajuster sa position (Jeanjean, 2014 : 181-196). Même si ma position de femme semble logique, elle mérite que l'on s'y arrête. Pourquoi certains domaines d'études semblent réservés exclusivement aux femmes ? Pourquoi semble-t-il logique que l'enquêteur soit une enquêtrice quand l'on parle de contraception ? Aucun homme n'a répondu à la demande d'enquête, est-ce parce qu'on ne les y pas convié ? Je ne peux répondre à cette dernière question actuellement, il serait cependant intéressant d'y revenir avec les recruteurs.

Le choix d'un sujet concernant la vie privée, l'intime (Mallon, 2014 : 88) mais aussi le *care* est reconnu comme féminin. Ce sont des domaines circonscrits, plus petits, des espaces majoritairement fréquentés par des femmes, comme usagères et comme travailleuses, et les recherches sur ces sujets restent le plus souvent entreprises par des femmes (Mallon, *op.cit.*).

La plupart des recherches sur la contraception s'intéresse d'ailleurs aux femmes comme si le risque de grossesse restait une préoccupation féminine. Je m'intéresserai donc à des auteurs qui ont choisi d'étudier la contraception sous un autre regard.

La pilule semble exclusivement pensée comme masculine alors que dès 1970, des recherches sur la contraception hormonale masculine ont été menées. L'organisation mondiale de la santé a même soutenu deux études dans les années 1980 et 1990 (Hermann-Mesfen, 2013). Il s'agissait d'études multinationales et multicentriques qui ont montré qu'une administration hebdomadaire de testostérone intramusculaire assurait une contraception efficace. L'auteure souligne aussi que si l'on parle de contraception hormonale ou de pilule, elle est automatiquement pensée comme féminine, on doit rajouter le qualificatif « masculin » à pilule pour envisager un usage chez les hommes. De même, si on parle de préservatif, on pense directement au préservatif masculin, et l'on rajoute le qualificatif de « féminin » pour parler du préservatif féminin. Par cette présentation, on déduit que les rôles sexuels restent très prégnants. Ainsi, il semble que les femmes restent assignées au contrôle de la procréation (Bajos, Ferrand, 2004) et que les hommes conservant la maîtrise de la sexualité sont donc assignés au contrôle des infections sexuellement transmissibles (Andro, Desgrées du Loû, 2009).

Si la contraception hormonale masculine existe, pourquoi ne se développe-t-elle pas ? (Oudshoorn, 2010 : 35). Il semblerait tout d'abord que l'acceptabilité de l'innovation passe, pour l'homme, par le maintien de la puissance sexuelle et de la libido (Hermann-Mesfen, *op.cit.*). La diminution de la libido est un effet secondaire bien connu de la

pilule contraceptive (féminine) et ne semble pas avoir posé de plus grands débats que cela. D'autre part, les femmes auraient elles aussi une crainte à ce que ce soit les hommes qui gèrent la contraception et leur confiance dans la capacité de gestion de celle-ci (Desjeux, 2009).

Les registres mis en avant par les volontaires pour les études sur la pilule masculine sont de trois ordres : le partage des responsabilités, la répartition des risques et la distinction par rapport aux autres hommes (Oudshoorn, *op.cit*). Desjeux montre que dans la vie de tous les jours, même sans l'utilisation de la contraception hormonale masculine, les hommes s'impliquent dans la contraception de leur compagne (Desjeux, 2008) par des gestes simples comme vérifier que la contraception a été prise.

On remarque par ces différents points de vue que la contraception peut être envisagée différemment que dans un rapport strictement binaire, masculine ou féminine. De même, la sexualité ne peut être envisagée de façon binaire non plus avec d'une part affectivité et la procréation considérées comme des caractéristiques féminines et d'autre part le plaisir et le besoin naturel considéré comme masculin. Cela demande à être nuancé tout comme la logique des objets et terrains typiquement féminins comme la contraception et le planning familial.

Même si des automatismes de ce type continuent à se produire, on remarque effectivement au quotidien une implication du couple dans la contraception, les consultations communes sont courantes. Ainsi, la norme contraceptive⁵ pensée comme féminine (Desjeux, 2008) semble évoluer. Ce sont des changements anecdotiques mais qui annoncent peut-être des mutations en cours. Par ailleurs, au niveau des travailleurs de planning familial, il semble aussi que des changements s'opèrent. En effet, la pensée féministe évolue. Certaines remarques entendues lors de réunions en planning familial le confirment. L'équilibre semble davantage pris en compte, les hommes ont de plus en plus leur place en planning familial, il ne semble pas étonnant aux plus jeunes travailleurs que ceux-ci veuillent s'impliquer dans la contraception. Il serait intéressant de voir si les remarques posées en début de paragraphe apparaissent encore de façon si logique dans quelques années. Nous reviendrons sur sujet dans la deuxième partie en mettant en avant l'avis des usagères du planning familial.

Nous en avons terminé avec la partie réflexive. Sans être exhaustive, de nombreux

5 La norme contraceptive, sa construction, et les différences géographiques la concernant, a largement été discuté dans le mémoire de M1.

questionnement ont été soulevés. Ceux-ci ont permis, au cours du travail, d'avancer dans la réflexion et ont pu réorienter un travail parfois figé.

Partie 2 : Analyse du terrain ethnographique

Après avoir étudié l'influence que le chercheur et sa position peuvent avoir sur le terrain ethnographique, nous nous pencherons sur les données recueillies lors de celui-ci. Plusieurs thèmes sont ressortis lors des entretiens et de l'observation participante et ils seront développés dans cette deuxième partie.

Je commencerai par un rappel théorique sur les dispositifs contraceptifs proposés par la biomédecine. Nous nous intéresserons ensuite à différents points. Tout d'abord, la contraception et la prise d'hormones dans toute sa complexité en envisageant le rapport entre le corps et les hormones mais aussi entre la prise d'hormones et l'écologie. Ensuite, nous continuerons par le rapport du corps à la contraception en envisageant la façon dont est perçue le corps, comment la contraception modifie l'image corporelle tant au niveau des menstruations qu'au niveau de la contraception implantable. Nous poursuivrons par la médicalisation du corps féminin, qui viendra faire le lien entre les différents thèmes développés dans les deux chapitres précédents. La médicalisation sera développée dans un contexte global de prévention et de politique de santé publique mais aussi de façon plus intime en considérant la consultation gynécologique. Le rapport hiérarchisé entre soignant et soigné sera ensuite présenté en interrogeant les motivations des travailleurs dans le choix du poste de travail et dans l'appréhension du rapport soignant-soigné perçu tant par les travailleurs que par les usagers. Je terminerai cette partie en envisageant la contraception dans un entre-soi féminin. Qu'en est-il des hommes dans le travail en planning familial ? Qu'elle est leur place dans le choix contraceptifs ? Avec qui ont lieu les discussions concernant la contraception ?

Contraception : Rappel des différents dispositifs proposés dans le cadre biomédical

Dans cette partie, je décrirai les différentes méthodes proposées lors d'une consultation médicale qui a comme sujet une demande d'informations sur la contraception.

Le choix de la contraception dépend de plusieurs critères. Lors d'une première consultation, les antécédents tant personnels que familiaux sont demandés. Les paramètres comme la tension artérielle et le BMI (Body Mass Index) sont objectivés. Certains médecins demandent systématiquement une prise de sang pour évaluer le profil lipidique et la glycémie à jeun. De ces critères vont dépendre les choix possibles de contraceptifs.

Les contraceptifs sont séparés en deux catégories : les contraceptifs hormonaux et les contraceptifs non hormonaux (CBIP, 2016). Les premiers comprennent la pilule contraceptive, l'anneau, le patch, la piqûre contraceptive, l'implant contraceptif et le stérilet hormonal.

La pilule contraceptive est un terme générique qui comprend différents types de pilule.

La pilule œstroprogestative est une pilule qui contient des œstrogènes à des dosages différents et de la progestérone dont le type varie en fonction de la pilule. C'est celui-ci qui classe la pilule en première, deuxième, troisième ou quatrième génération. Le dosage des hormones peut également varier en fonction du cycle et les pilules sont alors classées en monophasique si le dosage ne varie pas en cours de cycle, en biphasique, triphasique ou séquentielle s'il y a une ou plusieurs variations du dosage en cours de cycle. Elle est prise durant vingt et un jours puis sept jours d'arrêt ou de pilule placebo. C'est ce type de pilule que l'on nomme « pilule » dans le langage courant.

La pilule progestative, ou mini-pilule, ou pilule d'allaitement, est une pilule qui contient uniquement de la progestérone. Elle est prise en continu et doit être ingérée à heure fixe pour que l'efficacité contraceptive soit optimisée. Elle peut être utilisée durant l'allaitement ou chez les femmes qui présentent des contre-indications à l'utilisation de l'association œstrogène et progestérone. Le risque de grossesse sous cette pilule est plus important.

L'anneau contraceptif est un anneau à placer dans le vagin qui libère en continu des œstrogènes et de la progestérone. Les mêmes indications et contre-indications qu'avec la pilule œstroprogestative sont de mises. L'anneau est placé pendant vingt et un jours et retiré pendant sept jours.

Le patch contient aussi des œstroprogestatifs. Il est placé pendant sept jours et remplacé

trois fois d'affilée. Lorsque le troisième patch est retiré, on laisse sept jours libres avant de recommencer le cycle de vingt et un jours. Il s'agit des mêmes critères que les autres œstroprogestatifs. Le patch doit être utilisé sur une peau saine et non irritée.

La piqûre contraceptive consiste en une injection de progestérone en intramusculaire. Elle est à répéter tous les trois mois. Le risque de prise de poids et de saignements irréguliers est important.

L'implant contraceptif est un implant qui ressemble à une allumette et qui se place dans le bras. Il libère des progestatifs en continu pendant trois ans. Le placement et le retrait demande une petite intervention sous anesthésie locale. De la même façon qu'avec la piqûre, les pertes de sang et la prise de poids sont marquées. Par ailleurs, une aménorrhée est fréquente six à douze mois après la pose.

Le stérilet hormonal est un stérilet qui contient des progestatifs. Il en existe deux dosages. La progestérone agit localement en atrophiant l'endomètre ce qui empêche la nidation de l'œuf fécondé. Par ailleurs, le stérilet diminue la mobilité des spermatozoïdes dans l'utérus et vers les trompes par l'occupation de l'espace dans la cavité utérine et par un épaissement de la glaire. Les effets secondaires sont des cycles irréguliers et des pertes de sang. Il peut aussi provoquer une aménorrhée chez 30% des utilisatrices. Ils sont efficaces pendant trois ans pour le plus faible dosage et pendant cinq ans pour le dosage le plus puissant.

Les effets secondaires, les contre-indications et les précautions à prendre pour l'utilisation des œstroprogestatifs sont nombreux.

L'utilisation de la contraception œstroprogestative est contre-indiquée en cas de grossesse, de cancer du sein, d'une histoire familiale (si pathologie génétique de la cascade de coagulation) ou personnelle d'accident thrombo-embolique, de migraine avec aura, de troubles hépatiques et d'affections coronariennes ou vasculo-cérébrales. Comme effets secondaires, on note des céphalées, de l'irritabilité, de la fatigue, des douleurs mammaires et des phlébites. Mais aussi une diminution de la libido, un sentiment dépressif, de l'acné et une prise de poids. La prudence est de mise avec les patientes de plus de 35 ans qui fument, s'il y a un diabète, une hypertension ou un antécédent d'hypertension gravidique, mais aussi s'il y a une histoire familiale de cancer du sein. Des précautions sont à prendre en cas d'oubli d'un comprimé. En cas d'obésité, l'efficacité de la contraception peut être diminuée et il faut exclure un syndrome métabolique c'est-à-dire de l'hypertension artérielle, une hyperglycémie et une hypercholestérolémie ou hypertriglycéridémie.

Les effets secondaires, les contre-indications et les précautions à prendre pour l'utilisation des progestatifs sont moins nombreux car il s'agit de contraceptif qui ne comprennent qu'une molécule. L'utilisation de contraceptifs progestatifs sont contre-indiqués en cas de grossesse, de cancer du sein ou cancer gynécologique, d'artériopathie et de troubles hépatiques. Les effets secondaires sont ceux répertoriés ci-dessus c'est-à-dire la prise de poids, l'acné, la diminution de la libido et le sentiment dépressif. Des précautions sont à prendre en cas d'antécédent de cancer du sein.

Les contraceptifs non hormonaux ou la contraception de type « barrière » comprend le préservatif, le diaphragme et le stérilet en cuivre.

Le préservatif est surtout utilisé pour la protection contre les infections sexuellement transmissibles mais peut aussi être utilisé comme contraceptif. Il en existe des féminins et des masculins. Il est utilisé au moment du rapport. Le préservatif féminin peut être placé avant le rapport. Le préservatif masculin doit absolument être retiré juste après le rapport. Le préservatif a été mis en avant à la fin des années quatre-vingt au moment du début de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (vih). Il est donc plutôt utilisé pour la protection des infections sexuellement transmissibles que pour la contraception bien que ce soit aussi un dispositif contraceptif. Il est à noter que l'indice de Pearl, c'est-à-dire le nombre de grossesse rapportées lors de l'utilisation d'un type de contraception, est plus élevé qu'avec la pilule ou le stérilet de façon théorique et encore plus dans l'usage pratique, c'est-à-dire qu'il semble souvent mal utilisé (HAS⁶, 2013). En effet, le préservatif est rarement utilisé de façon systématique et tout à fait appropriée. La sous-utilisation est aussi rapportée à une diminution du plaisir tant pour les hommes que pour les femmes. Néanmoins, aujourd'hui près de 90% des rapports sexuels sont au moins protégés par le préservatif et pour 40% il y a une double protection, pilule et préservatif (Bajos et Bozon, 2008).

Le diaphragme est placé sur le col de l'utérus. Un spermicide est utilisé en complément pour parfaire l'efficacité. Il est utilisé au moment du rapport sexuel. Son efficacité rapportée est du même ordre que celle du préservatif masculin. Il est peu utilisé en France et en Belgique. Il existe des modèles « standards » mais il peut aussi être fait sur mesure et demande donc un rendez-vous en consultation avec un médecin qui prendra

⁶ La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.

les mesures du col.

Le stérilet en cuivre est un dispositif intra-utérin. Il est mis en place pour cinq à dix ans mais peut être retiré à tout moment par un médecin sur demande de la patiente. Le cuivre agit en créant une inflammation locale de l'endomètre en réaction au corps étranger. De plus, le cuivre a un effet cytotoxique sur les spermatozoïdes ce qui renforce l'efficacité du stérilet qui empêche par ailleurs la nidation par la place occupée dans la cavité utérine. Il provoque fréquemment des règles plus abondantes et plus longues. Le cycle naturel est maintenu et il n'y a donc pas les effets secondaires rapportés par l'utilisation d'hormones. Il a été longtemps contre-indiqué pour les femmes n'ayant pas encore eu d'enfant mais cela n'est plus d'actualité, bien que certains médecins refusent toujours de placer ce type de dispositif chez les nullipares. Pour tous les stérilets, il y a un risque (rare) de perforation utérine lors du placement. Le risque de grossesse extra-utérine n'est par contre pas plus important que pour tout autre femme dont l'ovulation n'est pas inhibée. S'il y a des signes d'infection vaginale, la réactivité à consulter un médecin doit être prompte. C'est également le cas pour les stérilets hormonaux. Le stérilet peut aussi être placé dans les cinq jours qui suivent un rapport non protégé afin d'éviter la nidation. Il est alors utilisé comme contraception post-coïtale. Vu l'existence des pilules du lendemain, le stérilet est rarement mis en place à cet usage.

La pilule du lendemain ne peut être stricto sensu être classée dans les méthodes contraceptives mais on l'appelle malgré tout contraception post-coïtale ou contraception d'urgence. Il en existe deux types. Un progestatif seul, le lévonogestrel à forte dose (Norlevo®), à utiliser dans les 75 heures suivant le rapport sexuel non protégé ou l'ulipristal (Ellaone®), un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone, à utiliser dans les cinq jours suivant le rapport sexuel. L'efficacité de ces deux méthodes diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne du rapport sexuel à risque.

De même, la stérilisation ne peut être tout à fait classée dans les méthodes contraceptives car il s'agit d'une méthode que l'on souhaite définitive. Il existe deux types de stérilisation selon qu'elle soit faite sur le système génital de la femme ou de l'homme. Chez la femme, la stérilisation correspond à la ligature des trompes. Il s'agit d'une intervention chirurgicale peu invasive mais avec les risques liés à une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. La ligature des trompes peut être faite dans le décours d'un accouchement par césarienne. Il s'agit d'une méthode très efficace mais qui connaît malgré tout quelques échecs. La stérilisation masculine correspond à la vasectomie c'est-à-dire la section ou la ligature des canaux déférents ce qui empêche

l'arrivée de spermatozoïdes dans le sperme. L'efficacité est la même que la stérilisation féminine. C'est aussi une intervention chirurgicale qui se fait le plus souvent sous anesthésie locale. La stérilisation est soumise à un cadre légal.

Ce bref descriptif des différentes méthodes contraceptives a permis de définir les termes qui seront utilisés dans la suite de ce travail. La description des précautions, des effets des contraceptifs et de leurs modes d'utilisation définis dans le cadre de la biomédecine, permettra de comprendre les témoignages qui seront repris dans cette deuxième partie.

Contraception et prise d'hormones

Il est de plus en plus fréquent d'entendre des inquiétudes et des préoccupations au sujet de la contraception. Ces préoccupations se manifestent et se cristallisent dans les échanges informels, dans les médias, dans les blogs mais aussi dans les consultations tant de médecine générale, que de planning familial ou de gynécologie. Il semble que cette « peur » de la pilule⁷ ait pris un essor depuis la « crise de la pilule ».

Cela a selon moi créé un double paradoxe. Tout d'abord, un mouvement de retour à des méthodes plus naturelles et non hormonales retrouvées chez les usagères du planning familial qui est corrélé à un sentiment de « retour en arrière » pour les militant(e)s de première heure du mouvement de planning familial et donc des défenseurs de la contraception hormonale.

Je m'explique. Les demandes pour un retour à contraception naturelle, non hormonale ou ne s'immisçant pas dans l'équilibre hormonal du corps, sont de plus en plus fréquentes depuis quelques années. Cela semble aller de pair avec des considérations écologiques qui préoccupent une part de plus en plus large de la société. Par ailleurs, il semble que ces considérations ne reçoivent pas toujours un accueil favorable dans le cadre de la biomédecine. En effet, dans les méthodes non hormonales, il y a des méthodes considérées comme fiables par l'indice de Pearl, tel que le stérilet, et d'autres moins, comme le calcul⁸. Certaines de ses méthodes envisagent la contraception en-dehors du domaine médical, sortant ainsi la contraception de la médicalisation établie depuis de nombreuses années. On peut se demander si la reprise en main de la contraception par les utilisateurs « inquiète » le monde médical et interroge les capacités de celui-ci. Car cette reprise en main touche en plein cœur les débats qui ont agités le mouvement du planning familial à ses débuts avec la demande de la légalisation de la contraception. L'accès à la contraception sous-entendait fortement l'accès à la pilule contraceptive. En effet, les revendications féminines au sein du mouvement du planning familial se sont couplées à deux demandes en Belgique et en France : la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse et de la contraception. Ces deux demandes avaient

7 Le terme « pilule » sans autre précision sous-entend pilule oestroprogestative.

8 Le calcul ou la méthode Ogino permet, sur une moyenne de 12 cycles, de mettre en avant les jours de fertilité. Ceux-ci sont évités ceux-ci en cas d'utilisation de la méthode dans un but contraceptif ou privilégiés si désir de grossesse.

pour but une séparation de la sexualité et la procréation qui devait libérer les femmes du poids ancestral du devoir de maternité (Héritier, 2002).

Ces deux axes vont être développés dans ce chapitre en illustrant les propos de témoignages enregistrés ou entendus lors du terrain ethnographique. Ce chapitre fera aussi le lien avec les deux prochains chapitres qui traitent du corps et de la contraception, et de la médicalisation de la vie féminine.

Contraception non hormonale

Une demande croissante pour la contraception non hormonale est objectivée. Ainsi, Bajos et al. (2014) ont pu étudier les effets de la « crise de la pilule » par l'étude FECOND-2013⁹ sur les habitudes contraceptives.

Pour contextualiser, il est important de rappeler ce qui est entendu par « crise de la pilule ». La « crise de la pilule » a éclaté en décembre 2012 suite à la plainte d'une utilisatrice d'une pilule oestroprogestative, la Diane 35. Cette plainte a été reprise par les médias et a connu une diffusion exponentielle dans les journaux mais aussi via internet. Suite à cette plainte, d'autres ont suivi et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament en France a décidé de revoir les modalités de remboursement des pilules oestroprogestatives de troisième et quatrième génération. Ce scandale s'est diffusé en Belgique avec, là aussi, une conséquence au niveau des choix contraceptifs pour les femmes.

L'étude FECOND a montré, suite à cette affaire, une diminution des prises des pilules de troisième et quatrième générations. Un léger changement vers les pilules de deuxième génération a été constaté mais surtout un changement vers le préservatif, le calcul et le stérilet. Ceux-ci ont été aussi remarqués en consultation de planning familial avec au départ, suite à la diffusion médiatique de ces informations, l'impression d'une augmentation des demandes d'interruption volontaire de grossesse suite à l'arrêt d'une des pilules visées. Je parle d'une impression car cela n'a pas été objectivé par des chiffres mais cela a été constaté au sein des plannings familiaux. Il est toujours demandé aux patients ce qui s'est passé au niveau de la contraception lors des entretiens dans le

9 Les études FECOND ont été conduites en 2010 et en 2013. L'étude FECOND-2013 avait pour but d'étudier l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception. Ces études ont été menées par Bajos et Moreau comme responsables scientifiques. Elle a été financée par l'INPES.

cadre d'une demande d'interruption volontaire de grossesse et les réponses ont été plusieurs fois que la pilule avait été arrêté directement suite à l'information des risques des pilules des troisièmes et quatrièmes générations sans solution de rechange. Ensuite, il y a eu des consultations avec une demande de changement de moyen de contraception et d'explications supplémentaires par rapport aux risques encourus à cause de la pilule. Enfin, et c'est toujours le cas actuellement, les soignants remarquent une demande importante pour des contraceptifs non hormonaux.

Dans une demande pour une contraception non hormonale, il me semble entendre deux arguments. D'une part, la volonté de vouloir éviter un traitement hormonal, ses risques et ses effets secondaires mais aussi de ne pas vouloir « se polluer » le corps avec des substances extérieures. Ensuite, il y a un sentiment écologique qui me semble s'intégrer dans un mode de vie global. Ainsi, aujourd'hui, les gens se tournent plus souvent vers les aliments biologiques, prennent conscience de l'impact qu'ont leurs habitudes de vie sur l'écologie (Deverre et Lamine, 2010) et il semble que ces arguments soient repris dans le désir d'une contraception plus « naturelle ».

F. exprime bien l'impact des débats sur la pilule sur son choix contraceptif :

« C'est juste que, comme la pilule c'est le moyen de contraception on va dire le plus répandu, c'est vers ça que je me suis dirigée au début, pour ma contraception mais au fil du temps, 'fin j'ai l'impression que l'image de la pilule a été un peu dégradée par rapport à tous les effets secondaires... On parle aussi souvent de thromboses et des choses comme ça... Et euh, voilà, que c'est des hormones... Des hormones utilisées à grandes doses et que ce n'est pas forcément bon pour le corps, donc... Du coup j'ai entendu plus positivement parler du stérilet hormonal et du stérilet en cuivre aussi, donc j'ai plus une image positive du stérilet, du coup par rapport à la pilule. [...] La moitié des gens que je connais sont resté à la pilule parce que c'est le moyen le plus connu et parce qu'il n'y a pas de remise en question par rapport à ces idées reçues et par rapport à ces débats. Et l'autre moitié s'est dirigée vers d'autres types de contraceptions parce que cette polémique leur a fait peur au niveau de leur santé, de leur bien-être et tout.... On va dire que c'est 50-50... ». (F.)

Son témoignage met en avant l'impact du débat sur la pilule sur la prise de conscience des risques, ce qui n'était peut-être pas une préoccupation avant. Les utilisateurs

cherchaient à avoir un moyen de contraception et s'inquiétaient moins des risques encourus, ou ces risques étaient laissés au bon jugement du prescripteur. C'est le cas de S2 :

« Je me dis que ce n'est pas sain tout simplement, je suis pas médecin, je n'y connais rien là-dedans mais j'ai toujours eu l'impression que c'était pas sain pour le corps, et ma plus grande crainte c'est toujours par rapport aux migraines, et puis maintenant, finalement, par rapport aux thromboses aussi, c'était pas quelque chose auquel je pensais avant, mais si j'avais su en plus que ça risquait de provoquer une thrombose, le risque était plus élevé, j'aurais été encore plus craintive de prendre la pilule. [...] je pense qu'à 17 ans, j'étais plus préoccupée par « est ce que ça va me faire grossir ou pas ? », ce qui est toujours une préoccupation mais bon... non, c'est vrai que ma maman me faisait penser un peu aux migraines parce que elle aussi elle souffre de migraines et qu'avec la pilule... Disons que j'étais consciente du problème mais que j'étais jeune et j'étais prête à tout essayer (rires). ». (S2.)

F. et S2. expriment une prise en main du choix contraceptif et la motivation qui le sous-tend. Ensuite, ces témoignages mettent en avant la recherche d'une harmonie entre le choix contraceptif, le corps et le mode de vie. Ce choix motivé s'inscrit donc dans une réflexion plus large que la consultation médicale. S2. a 41 ans et elle exprime une prise en compte récente des effets de la pilule. Si l'impression que ce n'était pas sain était bien perçue, les risques encourus n'étaient pas clairement envisagés ou reconnus. Elle mentionne aussi que c'est une préoccupation actuelle et qu'elle ne s'était pas posé la question au moment où elle a commencé la pilule. Alors que F., à 21 ans, remarque une prise de conscience de son entourage qu'elle estime à la moitié, pour S2. ce n'était pas une préoccupation quand elle était plus jeune. Est-ce que cela démontre une prise de conscience nouvelle qui pousse à réfléchir aux motivations et aux choix d'une contraception ? Est-ce une conséquence de cette « crise de la pilule » ?

Ainsi, la « crise de la pilule » semble avoir fait évoluer les consciences de tous, jeunes et moins jeunes, sur les risques de la contraception hormonale et cette évolution inscrit les jeunes qui font le choix de leur première contraception dans une démarche de responsabilisation de leur sexualité. Cela était aussi le cas dans les années 1990 avec l'épidémie du vih mais il semble que cela rajoute encore une dimension dans les choix tant au niveau de la contraception qu'au niveau de la sexualité.

Pour D1., qui a 19 ans, le choix contraceptif était clair, elle ne souhaitait pas utiliser un contraceptif hormonal. Le début de sa vie sexuelle s'est donc fait avec le préservatif en attendant le placement du stérilet. Le refus d'un contraceptif hormonal est motivé par des exemples de son entourage : *« Non, jamais la pilule parce que c'est hormonal... ça je ne veux pas parce que j'ai pas mal d'exemple dans mon entourage de gens chez qui ça a pas réussi, entre autres à ma mère, à ma sœur, donc.... Elles avaient des sautes d'humeur, prise de poids, dans le style. Et puis ma sœur elle a pris ça quand elle était plus jeune et elle n'arrive jamais à avoir ses hormones qui se mettent normalement. Je veux dire, elle a 30 ans et elle a encore de l'acné des fois, des trucs un peu illogiques. Voilà, ou même pour retrouver un cycle régulier etc. ».*

Elle met en avant les effets secondaires de la pilule remarquée chez ses proches comme une prise de poids, de l'acné ou un cycle qui ne se régularise pas à l'arrêt du traitement. Cela lui semble illogique. Elle met en avant le chamboulement que peut provoquer la pilule sur le corps, ce qu'elle ne désire pas, elle cherche à rester au plus proche de ce que son corps dicte en termes de « rythme » hormonal. Pour elle, il n'est pas envisageable d'utiliser ce type de contraception et elle a tout mis en œuvre pour ne pas y être amenée et c'est ce qui est mis en avant aussi par D2. qui a 40 ans : *« J'étais étudiante (infirmière)... Avec tout ce qu'on entend sur les pilules, cancers, thromboses et tout ce qui suit... Ah non, ça me n'intéresse pas. ».* Et elle a donc choisi le stérilet.

Pour d'autres, comme S1. qui a 33 ans, la contraception hormonale est un moyen qui lui convient et elle ne craint pas les effets secondaires. Quand je lui demande si elle a des craintes par rapport à la pilule, elle me répond : *« Un petit peu avec tout ce qu'on a entendu il y a quelques années mais je me dis que si je devais avoir un problème de ce côté-là, ce serait déjà arrivé. Et puis on dit aussi qu'on pollue les océans et patati et patata.... Et que les poissons, bref, on nous met encore tout ça sur le dos ! [...] J'ai entendu ça pleins de fois, que, en prenant la pilule, dans notre urine, ça passe, des contraceptifs passaient dans les océans et qu'il y avait à cause de ça plus de poissons femelles, moins de poissons males ou je ne sais pas quoi.... Mais je ne sais pas si c'est pas juste, euh... Une légende urbaine ! ».*

C'est une information que j'ai entendue plusieurs fois durant les entretiens et que je n'avais jamais entendue auparavant. Suite à quelques recherches, il m'a semblé que c'était effectivement en débat mais qu'il n'y avait aucun lien formel entre la pilule et la féminisation de certains poissons. Cette remarque m'évoque plusieurs réflexions. Tout

d'abord, qu'il y a une recherche d'information par rapport aux médicaments pris et un intérêt pour cette information. Ensuite, S1. souligne son dépit en disant « on nous met encore ça sur le dos ». La société responsabiliserait les femmes pour cette pollution des océans mais en même temps leur demanderait d'assumer et de respecter une norme contraceptive. En effet, Bajos et Ferrand (2004) ont montré que la possibilité d'utiliser la contraception et donc de passer de la « maternité subie » à la « maternité choisie » (Bajos et Ferrand, 2006) s'est accompagnée de contraintes et de règles à respecter au niveau de la contraception et du choix du moment de la maternité. Cette norme contraceptive reste un édit plutôt féminin bien que Desjeux (2008 et 2009) ait montré une volonté masculine de participer à la contraception du couple. Il me semble entendre dans les propos de S1. une contrainte et une responsabilisation en plus par rapport à la contraception. Plusieurs enquêtées m'ont parlé de cette pollution provoquée par la prise de la pilule. Ainsi, J. met en parallèle la pollution environnementale et la pollution corporelle conséquentes à la prise d'hormones.

« Mais c'est plus de me dire, est ce que c'est vraiment quelque chose, j'ai un peu envie de me dépolluer le corps, de me dire qu'il faudrait changer certaines choses et ça en fait partie. 'Fin, j'ai eu pas mal d'amies, mes sœurs, qui sont tombées enceintes, et qui m'ont dit, l'arrêt de la pilule ça m'a fait une espèce de renouveau, de ressentir les sensations qu'on avait avant etc. C'est plus ça qui m'attire en fait. Et puis, quand on lit des choses dans la presse... Ben oui, les poissons, il y a telles espèces qui sont complètement hormonisées à fond et donc il y a plus que des femelles... [...] les nappes phréatiques, même de Belgique sont polluées, polluées entre guillemets, mais à cause de ça en fait.... Et oui, donc avec la prise de pilule, on pollue finalement de par aller aux toilettes et tirer la chasse.... Et tout ça va dans les sols, et finalement, il y a des problèmes hormonaux chez les poissons quoi ! J'hallucine. ». (J.)

Il y a donc une crainte au niveau des hormones au niveau écologique de façon proche, dans le corps, et plus lointaine, au niveau environnemental. On ressent dans les propos de ces deux enquêtées une culpabilisation de cette pollution. J. exprime clairement la crainte de cette pollution au niveau corporelle que l'on ressentait dans les propos de D1. et de S2.

Mais en même temps, J. et S1 expriment leur désabusement par rapport à la contraception non hormonale. J : « Si on a envie de « purification » entre guillemets,

finalement moi je n'avais pas beaucoup de solutions. Tout ce qui était anneau, tout ce qui était traitement hormonal, ça reste la majeure partie de ce qui reste proposé en termes de contraception. Et moi, j'avais plus envie de ça justement... Alors on se retrouve un peu dans des pratiques, je ne dirais pas primitives, mais tout de même la température etc. c'est un peu lourd quoi ! ».

Pour toutes les deux, la contraception hormonale n'est pas la contraception idéale, mais elles la trouvent beaucoup plus pratique que les contraceptifs non hormonaux qui se trouvent sur le marché. J. trouve même ces contraceptifs « primitifs ». Il semble qu'elle passe de la contraception hormonale aux contraceptifs dits « naturels » comme le calcul, la température, etc. sans envisager le stérilet par exemple.

Les usagères, qui semblent bien informées et intéressées par la contraception qu'elles prennent mettent en avant les pour et les contres de ces contraceptifs. Elles critiquent vivement la contraception hormonale même si pour certaines, cela reste un choix positif comme dans le cas de S1. Dans ce cas, les alternatives sont envisagées aussi dans leurs avantages et leurs inconvénients et les possibilités que cela corresponde à leur style de vie.

Parallèlement à ces considérations, les effets sur l'environnement de leur choix contraceptif sont évalués et pris en compte par de nombreuses enquêtes. La contraception est envisagée de façon locale, sur le corps, et puis de façon globale, sur l'environnement, et ces deux aspects sont mis en lien par rapport au bien-être que F. a évoqué. Le bien-être du corps semble passer par une purification ou une dépollution du corps et une dépollution de l'environnement.

La « crise de la pilule » a, selon ces témoignages, modifié les perceptions contraceptives. Bajos et al. (2014) ont même envisagé l'apparition d'une nouvelle norme contraceptive avec une augmentation du stérilet et des méthodes « naturelles » et un recul de la pilule. Pour rappel, selon la Haute Autorité de Santé¹⁰, il est recommandé de prescrire aux adolescents le préservatif et ensuite la pilule. Cette pilule sera remplacée par le stérilet lorsque le nombre d'enfants désirés est atteint.

Comment ces considérations sont-elles envisagées et entendues par les professionnels de soin ? Sont-ils au fait de ces changements envisagés par les usagères et de la

¹⁰ HAS. Rapport d'élaboration. Contraception chez l'homme et chez la femme. Avril 2013.

modification du « paysage » contraceptifs ?

Contraception non hormonale et réactions des soignants

La contraception est quelque chose qui a toujours existé mais la médicalisation de la sexualité féminine et de la contraception s'est aussi faite suite à l'apparition de la contraception « chimique » pour contraster avec la contraception « barrière » que sont le préservatif ou le diaphragme ou la contraception « naturelle » que sont le calcul, la prise de température ou la surveillance de la glaire vaginale.

Avec le retour plus marqué de la contraception non hormonale, comment réagit le milieu médical qui pourrait se sentir mis à mal ? Y'a-t-il la place pour ce type de demande en planning familial ?

Il est intéressant de noter que les effets secondaires de la contraception hormonale ne sont considérés pour la femme que depuis quelques années. J'illustrerai ces propos par un échange repris d'une série de colloque autour du thème « Des femmes et des hommes » organisé par la Bibliothèque publique d'information. Je reprendrai certaines réflexions suite à l'intervention de Nelly Oudshoorn qui portait sur la contraception hormonale masculine.

La santé et le bien-être sexuel des femmes n'était pas le plus important lors des recherches sur la contraception, ce qui importait plutôt c'était de mettre au point un moyen de contraception efficace et que la fertilité soit préservée. Ce n'est que depuis quelques années que l'on s'inquiète des effets que peuvent avoir les hormones sur le corps des femmes : « *Il est certain que la fertilité des femmes était une préoccupation dans les recherches sur la pilule ou sur les contraceptifs. Mais le fait que cette contraception aurait pu avoir un retentissement sur leur activité sexuelle importait très peu aux chercheurs, aux médecins, au public et même aux usagères.* » (Dorlin, Fassin, 2004 : 41). Par contre, l'aspect du bien-être sexuel est une priorité pour la mise au point d'un traitement contraceptif hormonal masculin et je renvoie à ce qui avait été dit à la fin de la partie un sur le rapport différencié des genres à la contraception. Nelly Oudshoorn insiste sur trois points : « *D'abord cela fait seulement cinq ans que la communauté scientifique s'intéresse aux effets possibles de la contraception féminine sur la sexualité, alors que cette question aurait pu être posée depuis longtemps. Deuxièmement, dans le cas des hommes, il y a des inquiétudes sur les conséquences de*

la contraception, non seulement sur la production de spermatozoïdes, mais également sur d'autres signes de masculinité, même si des solutions ont été trouvées. Troisièmement, ce qui revient constamment en priorité dans les discussions sur la contraception masculine, c'est le fait que cela n'affecte pas la libido. » (Dorlin, Fassin, *op.cit.*). Je rajouterai qu'en France et en Belgique, le mouvement féministe et le mouvement du planning familial se sont développés en rapport à l'institution médicale. De nombreuses féministes en France comme en Belgique étaient médecins ou soignants et se sont impliquées dans la lutte pour la légalisation de la contraception, de l'avortement et la diffusion de l'information auprès des femmes. Ce n'est pas le cas aux Etats-Unis où le mouvement féministe s'est construit en opposition au monde médical, considéré comme trop interventionniste, en soutenant une implication personnelle des femmes dans le rapport aux soins. (Lowy, Gaudillière, 2004). Le fait que les usagères du planning familial se questionnent par rapport à la contraception peut donc être considéré comme une remise en question des fondements du mouvement et des acquis de celui-ci. Une deuxième intervention lors de la même présentation de Nelly Oudshoorn est tout à fait illustratrice. L'intervention rapportée est celle d'une sage-femme :

« Je voudrais faire un rappel. Il est vrai que les recherches sur les répercussions de la contraception sur la santé des femmes et la libido sont très récentes. Mais dans les premiers temps, les femmes étaient prêtes à beaucoup de choses pour maîtriser ce qui était tout de même un poids ancestral, le fait d'être angoissées tous les mois, et pour échapper ainsi à ce que leurs grands-mères et leurs mères avaient subi. Ainsi, au départ, la pilule et ces contraceptifs qui faisaient grossir ou qui pouvaient provoquer le cancer étaient d'abord vus comme la possibilité qui leur était donnée de maîtriser leur fécondité. Il ne faut pas l'oublier. Ce n'est pas si ancien que cela. Les questions actuelles peuvent également se poser parce qu'il y a au sein du couple des discussions plus égalitaires. Et c'est une bonne chose pour les nouvelles générations. Mais en tant que sage-femme, je vois encore en consultation des femmes qui gèrent toutes seules la situation car la question de la contraception n'intéresse pas du tout leur compagnon. Et si elles ne l'assument pas, cela repose le problème de l'avortement. C'est récent comme histoire. Cette pilule parfois mal supportée a donc été avant tout une grande libération pour nos générations. »
(Dorlin, Fassin, *op.cit.* : 42).

J'ai choisi cet extrait car il résonne tout à fait avec des remarques entendues en planning

familial. Je me rappelle une réunion où nous parlions de la contraception. Dans la conversation, le sujet de la contraception « naturelle » a été mise en avant. Deux travailleuses plus âgées du planning familial, ayant plus de soixante ans et s'inscrivant donc dans les revendications féministes des années 1960-1970, ont donné leur avis. Elles allaient tout à fait dans le sens de cette sage-femme qui trouve que la pilule était effectivement un mieux par rapport à avant. Elles ne comprenaient pas que celle-ci puisse être difficile à prendre tous les jours et trouvaient que les effets secondaires des pilules actuelles sont beaucoup plus acceptables que ceux de leur époque, durant laquelle les pilules mises sur le marché étaient de première génération et donc plus dosées. Concernant la contraception naturelle, plusieurs personnes trouvaient que celle-ci était archaïque et que le risque d'échec de contraception était beaucoup trop important. Une demande d'interruption volontaire de grossesse suite à l'échec de ce type de contraception était considérée comme un peu irresponsable dans le sens où les moyens contraceptifs n'avaient pas été optimisés.

Ainsi, K. explique son vécu par rapport à la contraception naturelle : « *Je vois dans les entretiens pré IVG, ce que je voyais quand j'ai commencé à travailler que la pilule était vraiment bien, relativement bien acceptée, ensuite il y a eu l'époque prévention du sida et là, on voyait beaucoup plus le préservatif et donc nettement moins la pilule... et je voyais les accidents de préservatifs. Et maintenant, j'ai l'impression qu'il y a plus, mais ce sont des impressions, qu'il y a moins de peur pour le sida, qu'on y pense moins, qu'il y a vraiment aussi, j'ai l'impression qu'il y a une utilisation plus petite du préservatif, mais avec plus de peur pour la pilule. [...] mais je vois plus le stérilet maintenant...* ».

Elle remarque aussi un retour vers une contraception plus naturelle :

« Mais ce n'est pas très populaire dans le monde du planning familial... Mais je dois quand même dire que moi j'ai suivi, il y a quelques années aussi, pour bien connaître la méthode, j'ai fait une formation de planification familiale naturelle avec la détermination des indices combinés¹¹ etc. Et moi je le conseille aux femmes. J'ai des petites brochures ici et encore une fois, ce n'est pas très répandu dans le milieu du planning familial... Comme si c'est, 'fin, dans mes yeux, si on l'applique bien, c'est aussi fiable que la pilule ou l'utilisation du préservatif... Mais bon... et c'est vrai que ce retour au planning familial naturel, je le vois aussi

¹¹ Les indices sont le calendrier, l'évaluation de la glaire cervicale, la position du col, la température.

depuis tous ces problèmes médiatisés par rapport à la pilule. ». (K.)

K. note l'accueil mitigé que reçoit ce type de contraception en planning familial. Elle insiste sur l'importance de donner des explications par rapport à ces méthodes naturelles parce que cela permet aussi aux patientes de parler de la façon dont elles gèrent une contraception qui n'était peut-être pas celle conseillée par le planning familial comme les douches vaginales ou l'utilisation de plantes. Cela entraîne, pour K., une discussion sur tous les types de contraception, en-dehors de la contraception issue de la biomédecine, et de voir ce qui n'a pas fonctionné (puisque c'est dans le cadre d'une consultation de demande d'interruption de grossesse). La proposition d'une autre contraception que celle issue de la biomédecine permet d'envisager une autre façon de voir la sexualité et la contraception et entraîne une discussion plus ouverte et plus intéressante. Cela sera à nouveau discuté dans le chapitre sur les rapports hiérarchiques existants dans la relation soignant-soigné.

De la part de certains travailleurs de planning familial issu des premières heures, il semble dans les témoignages recueillis que le fait de critiquer les contraceptions hormonales rendent ces personnes des « consommateurs sceptiques » (Van der Geest, Whyte et Hardon, 2009 : 63). Les consommateurs sceptiques sont définis comme des personnes qui émettent un avis critique par rapport aux médicaments issus de la biomédecine, qui vont donc être peu observant à ce type de traitement et vont se tourner vers des traitements plus naturels afin d'éviter ce que Van der Geest et al. ont appelés les « Western » drugs. Cela va à l'encontre des démarches des usagers du planning familial dont j'ai recueilli le témoignage. Ainsi, lorsque l'on met en perspective les témoignages des soignants et ceux des usagers du planning familial, on se rend compte que ces derniers vont au planning familial pour se faire conseiller par rapport à leur choix de contraception. Les envies de changement au niveau de la contraception et leurs craintes par rapport aux hormones sont évoquées lors de la consultation. Le soignant reste donc quelqu'un de privilégié pour entendre et répondre aux questions. Il est effectivement important de pouvoir laisser la place à l'écoute et à des conseils qui répondent réellement aux demandes émises dans toutes leur complexité.

Ce chapitre permet d'introduire et poser les bases des deux chapitres suivants qui traiteront du corps face à la contraception en étudiant les modifications que la

contraception produit au niveau du corps tant social que biologique, et de la médicalisation de la vie féminine et de la sexualité tant au niveau du suivi gynécologique qu'à la prévention et la médicalisation de la sexualité.

Corps et contraception

La contraception est indissociable du corps, elle agit sur le corps, qu'elle soit hormonale ou non hormonale. Mais il semble, pour reprendre Fassin et Memmi, que le corps soit « introuvable » dans les sciences sociales : « Toute l'histoire des sciences sociales l'atteste : le corps résiste à l'analyse, des sociologues plus encore peut-être que des anthropologues. Trop évidemment présent, il apparaît souvent comme un impensé de la théorie sociale qui tend à l'abandonner du côté de la nature ou de la biologie, de la matière et de l'émotion, autrement dit à en faire un objet présocial au sens où il précéderait en quelque sorte toute mise en forme de la société et relèverait dès lors plutôt des sciences du vivant, domaine commun à l'homme et à l'animal. » (Fassin et Memmi, 2004 : 12).

Cette observation ethnographique, jamais très éloignée de l'observation médicale, ne peut pas faire l'impasse de l'observation du corps. Elle le place de façon privilégiée et prend en considération, à côté du corps anatomique, psychologique et biomédical, le corps anthropologique.

Défini par l'anthropologie, le corps acquiert plusieurs dimensions (Lock et Shepper-Hughes in Fassin et Memmi, op.cit. : 16). Un « *corps individuel* » qui est l'incorporation du soi caractérisant la personne, dans l'héritage de Marcel Mauss ; un « *corps social* », symbole naturel exprimant le rapport au monde, à la suite de Mary Douglas ; un « *corps politique* » pensé comme lieu de la régulation, de la surveillance et du contrôle, selon Michel Foucault.

En essayant de prendre en compte toutes ces dimensions du corps, ce travail essaye de faire le lien entre ce corps considéré comme objet présocial ou biologique, et ce corps social dans toutes ces dimensions anthropologiques.

Le corps considéré dans toutes ces dimensions est donc affecté par la contraception. Dans les discours tenus par les professionnels des plannings familiaux, sans faire de généralités bien entendu, les modifications du schéma corporel par les contraceptifs semblent déterminées, en partie, par la culture. Cela revient fréquemment dans les discussions à propos des patients. Dans tous les cas, le « panel » de contraceptifs possible est décrit et exposé. Un choix sera effectué avec le médecin en fonction de plusieurs critères comme l'âge de la patiente, son histoire médicale personnelle et

familiale et bien entendu ses désirs en termes de contraception. Il est malgré tout fréquent d'entendre qu'une patiente ne souhaitait pas tel type de contraception ou a connu un échec avec tel type de contraception, et cela est mis en lien avec son origine géographique ou culturelle. Ces remarques semblent ancrées dans les discours et dans les pensées des travailleurs de planning familial. K. expliquait ainsi durant l'entretien que les femmes qui viennent d'Afrique noire ou du Maroc sont plus réticentes à utiliser le stérilet. E. disait, en parlant d'un échec de contraception par pilule chez une dame originaire d'Afrique noire, que cela arrivait souvent. Pour elle, la difficulté de prendre un comprimé tous les jours à la même heure était centrale. Cela est effectivement souvent mis en avant par les patientes de planning familial. Mais y était-il un facteur « culturel » à cela ? Ainsi, Fassin a montré que l'OMS mettait souvent en avant le facteur culturel lorsque la coopération des patientes à une innovation n'était pas bonne, comme pour le suivi maternel en Equateur. Il a montré qu'il y avait un intérêt à envisager les contraintes logistiques sous tendant ce manque de coopération, et ainsi interroger le système de soins plutôt que l'action des usagers (Fassin, 2001 in Lock, Nguyen, 2010 : 8).

Il semble que la perception des effets de contraception sur le corps soit une question importante comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Comment sont perçus les effets de la pilule ? Comment est envisagé la mise en place d'un stérilet ? Comment le cycle est-il perçu ? Est-ce que les règles sont importantes ? Comment la perception corporelle est-elle modifiée par le contraceptif utilisé ? Nous avons déjà pu répondre en partie à ces questions et nous poursuivrons l'élaboration des réponses dans ce chapitre.

Est-ce qu'il existe une modification de la perception des effets de la contraception suite à la migration ? En effet, l'utilisation d'un contraceptif pensé et issu de la biomédecine agit sur un corps dont la sexualité est médicalisée. Les sensations, les perceptions de l'effet de la molécule et les effets secondaires ressentis sont à mettre en perspective avec la façon dont ce corps est perçu et imaginé. Le corps et les paroles sont à replacer dans un contexte social, dans un contexte de vie, un vécu.

Comme nous l'avons vu lors du passage en revue des différentes méthodes contraceptives proposées par la biomédecine, les contraceptifs ont un effet biologique sur le corps. La contraception œstroprogestative et progestative jouent sur le système hormonal en empêchant ou en diminuant le développement des follicules ovariens et ainsi la libération périodique, théoriquement en milieu de cycle, d'un ou plusieurs ovules. Par la prise d'une contraception contenant de la progestérone et/ou des

œstrogènes, le système hormonal féminin et le cycle menstruel se voit modifiés. Les stérilets hormonaux agissent plus localement, mais des effets secondaires peuvent être remarqués dans tout le corps. De plus, dans les deux cas, les pertes de sang, les règles, changent. Si le stérilet hormonal provoque une diminution des pertes de sang et des règles irrégulières avec parfois des pertes entre les règles, le stérilet en cuivre maintient un cycle naturel mais augmente les règles. Ces changements peuvent perturber le schéma corporel et la perception du corps dans un équilibre tant individuel que collectif (Helman, 2007 : 47).

Nous envisagerons plusieurs aspects du rapport entre corps et contraception. Tout d'abord la contraception sera envisagée dans le rapport au corps et ce corps sera envisagé en fonction de sa perception dans la communauté. Le corps peut être envisagé comme un bien collectif ou comme un individuel. Ensuite, nous parlerons de l'effet que la contraception peut avoir sur les règles et comme celle-ci est ressentie dans le corps. Enfin, nous discuterons de la modification de l'image corporelle provoquée par les dispositifs contraceptifs implantables.

Le lien sera logiquement fait avec le chapitre suivant qui parle de la médicalisation du corps féminin.

[Corps individuel, corps collectif et contraception](#)

La perception du corps est socialement construite. Si en Europe, le corps est pensé comme individuel plutôt que collectif, il est aussi de plus en plus imaginé et conçu comme biologique suite aux avancées de la médecine dite moderne. Ainsi, Le Breton décrit le corps en Europe de cette façon : « Nos conceptions du corps sont marquées par la montée de l'individualisme en tant que structure sociale, à l'émergence d'une pensée rationnelle positive et laïque sur la nature, au recul progressif des traditions populaires et locales, liées aussi à l'histoire de la médecine qui incarne dans nos sociétés un savoir en quelque sorte officiel sur le corps. » (Le Breton, 2013 :11). Dans d'autres parties du monde, la prégnance du corps collectif est palpable. La perception du corps social est différente et entraîne une considération différente du corps individuel. Ainsi, dans certaines populations, le corps est perçu comme en lien avec le cosmos, en lien avec le chaud et le froid, le sec et l'humide, le haut et le bas, etc. Une perception qui construit et règle le monde et y inclut l'homme et la femme dans un système d'opposition homologue de construction du social et de perception du monde (Bourdieu, 1998 :13-

17). Cette différence entre le corps pensé individuellement ou collectivement est très bien mise en avant par les conceptions du mariage. Si le mariage en Belgique et en France est aujourd'hui globalement pensé comme un choix entre individus, ce n'est pas le cas partout. Ainsi, Kelek (2005 : 111), décrit le mariage turc en exil et au pays comme une tractation entre familles. Cela n'est certainement pas le fait de tous les milieux socio-culturels mais cela reste, pour certaines familles, un moyen de créer des alliances qui sont alors plus importantes que la liaison par le mariage de deux individualités.

Cette conception différente du corps permettra de concevoir les différentes perceptions que la contraception peut avoir sur celui-ci. Dans une société ou dans une communauté donnée où le corps est pensé comme individuel, l'usage de la contraception sera un choix personnel. Dans le cas où le corps est pensé de façon plus collective, le choix de l'usage d'une contraception sera soumis à d'autres contraintes. Le témoignage de B. a très bien illustré ces propos. B. est une jeune femme de 23 ans arrivée de Guinée cinq ans auparavant. Lors de l'entretien, des comparaisons ont été faites entre ce qui était d'usage « au pays » et en Belgique. Elle m'avait dit qu'elle avait pris la pilule avant et qu'elle l'avait arrêté suite à une prise de poids. Je lui avais alors demandé si on lui avait prescrite en Belgique : « *Oui, en Belgique ici. Chez nous au pays non...* ». Je lui avais alors demandé si on prescrivait la pilule au pays : « *Si, y'a des gens qui prend les pilules, mais moi je n'ai jamais pris parce que j'ai peur que mes parents me voient avec ça. Donc j'avais peur, on ne peut pas te voir avec la pilule parce qu'on te dit toujours de t'abstenir jusqu'au jour de ton mariage... Donc... c'est ici que j'ai commencé la pilule, en Belgique.* ».

On remarque que la contraception est mise en perspective avec les traditions familiales. Je lui alors demandé si la prise de la pilule en Belgique lui avait procuré un sentiment négatif par rapport à sa famille.

« Non, moi, je trouve que quand tu veux pas faire d'enfant, il faut prendre. Mais au pays, tu veux... Même si tu veux pas faire d'enfant, vaut mieux d'utiliser le préservatif ou de ne pas le prendre. Parce que quand tu vas, comment dirais-je, tomber enceinte, ta famille va te chasser et tu vas quitter, donc.... Je vois qu'ici, chez nous, tout le monde la prend, l'autre a eu enfant en dehors du mariage, a eu un enfant batard, ça se parle, la honte... Peut-être que maintenant ça a changé un peu.... Même que moi quand j'étais là-bas, les gens qui ont des enfants hors mariage, ils ne peuvent pas rester avec leur famille, on les chasse ! Donc peut-être

il y en a maintenant beaucoup mais... quand même quand tu penses, tu vas dire non. Tu peux le faire mais... Tu veux, tu n'es pas tranquille.... Quand tu as un enfant batard ou un enfant né hors mariage, l'enfant même sera rejeté par la famille, chez nous c'est le problème, l'enfant sera rejeté ! vous voyez ? ». (B.)

Ce témoignage illustre la façon dont, dans le cercle familial, le contrôle de la sexualité fait partie de l'organisation sociale. La grossesse d'une fille est vécue comme une honte et celle-ci sera rejetée. S'il devait y avoir grossesse, l'enfant né de cette relation hors du cadre marital serait lui aussi banni. L'enfant « batard » est rejeté de la société. La sexualité avant le mariage est donc une prise de risque qui peut avoir des conséquences importantes. Pour B., cette sexualité est donc inenvisageable. Le fait de quitter ce cadre familial et ce contrôle social entraîne des changements au niveau de la perception de ce qui lui est permis et par là entraîne des changements au niveau de son accès réel et ressenti à la contraception. Sans le contrôle du cercle familial et plus concrètement du père semble-t-il, celle-ci devient permise. Elle s'autorise le choix d'utiliser la contraception, elle fait le choix du cadre dans lequel elle souhaite inscrire les éventuelles relations sexuelles. Le corps pensé comme collectif « au pays » est alors pensé comme individuel avec la migration.

Règles et contraception

Les règles sont modifiées par la prise d'une contraception. Celle-ci modifie l'équilibre du corps lorsqu'il est pensé comme faisant partie d'un ensemble cosmique, mais elle modifie également l'équilibre interne de chacune. Cet équilibre, on cherche à le recréer en trouvant la contraception qui convient à une personne donnée. Pour illustrer ces propos, je reprendrai quelques ethnographies classiques.

Van der Geest et al. (Van der Geest, Whyte, Hardon, 2002 : 72) résument les ethnographies de différents anthropologues à propos de la pilule. Nichter et Nichter (1996) décrivent les sensations rapportées par les femmes lors de la prise de la « pilule anglaise » au Sri Lanka. La pilule contraceptive augmente selon elles la chaleur du corps ce qui les empêcherait de pouvoir créer un fœtus par la suite d'un déséquilibre interne créé par la pilule. Delvecchio-Good (1980) décrit que les femmes en Iran ont l'impression que la pilule empêche les règles, qui sont considérées comme du sang sale, de s'écouler. La pilule, en diminuant le flux menstruel est perçue comme provoquant

une accumulation de sang sale dans le corps ce qui cause des maladies. Cela a été décrit par Hancart-Petit (2015) dans un autre pays qu'est le Cambodge. Là aussi, les perceptions de la physiologie du corps féminin se basent sur un équilibre entre chaud et froid et sur un renouvellement du sang corporel qui est perturbé par la prise de la pilule. Ces ethnographies décrivent plusieurs aspects des effets ressentis et provoqués par la pilule. D'une part, l'effet de la substance biomédicale sur le corps. Ainsi, en décrivant la pilule comme « anglaise », les Sri Lankaises mettent en avant l'étrangeté de la méthode. C'est une méthode qui vient d'ailleurs, qui est créée et manufacturée dans un autre pays, qui fonctionne différemment. De plus, la pilule ne respecte pas certaines règles de la perception corporelle locale et cela est également exprimé dans les témoignages recueillis en Iran et au Cambodge. La pilule ne respecte pas l'équilibre des chaleurs ou ne permet pas l'évacuation du sang sale ce qui va être ressenti comme une pollution du corps. Ces perceptions peuvent effectivement être reconnues comme socialement et culturellement inscrites.

Décrites par la biomédecine, les règles sont l'évacuation périodique de sang et de l'endomètre utérin suite à la modification de dosages hormonaux. Martin (1989 : 27-53) reprend de nombreuses définitions des menstruations issues de livres médicaux datant de la fin des années 1970 et du début des années 1980. Elles sont décrites à l'aide de termes forts et négatifs tels que « dégénérescence », « perte », « chute », etc. L'image reprise dans ces livres issus de la biomédecine est cataclysmique. Les règles sont de plus présentées comme l'échec d'une grossesse. Si les premières règles sont parfois fêtées, appréhendées comme le fait de devenir femme (Martin, *op.cit.*), elles semblent aussi inscrire la fillette devenue femme dans un parcours de maternité future. Ces définitions des règles qui mettent en avant l'échec de fécondation semblent avoir changé à la fin du 19^{ème} siècle, période où dominent les politiques natalistes (Ronsin, 2010 : 15-23).

En revenant sur le lieu de notre recherche qu'est le planning familial, les règles sont le plus souvent accueillies de façon positive et c'est surtout l'absence de règles qui est vue comme problématique et comme la conséquence d'une potentielle grossesse non désirée. Il ne faut bien sûr pas généraliser et certaines femmes, en l'absence de règles et souhaitant une grossesse, viennent confirmer celle-ci soit par prise de sang soit par échographie et l'aménorrhée est alors bienvenue.

Donc contrairement à ce que l'on retrouve dans certaines définitions, les règles ne semblent habituellement pas être ressenties comme un échec. Cela avait été montré par

Martin lors de sa recherche. La biomédecine présente donc les menstruations d'une autre façon que celle qui semble ressentie par de nombreuses femmes. On peut donc se demander comment, dans cette recherche, les femmes ont-elles parlées de leurs règles ? Comment ont-elles perçu la modification des règles par l'usage d'un contraceptif ?

Nombreuses sont les femmes interrogées qui ont notés les effets que pouvait avoir la pilule ou un autre type de contraception sur leurs règles et plus largement sur leur cycle. Que les menstruations soient plus importantes, mois abondantes, absentes, irrégulières ou régularisées, toutes mentionnent cet effet de la contraception, qu'elle soit hormonale ou pas, sur leur cycle et dans leur corps.

S2. mentionne l'effet que le gynéfix, un dispositif qui ressemble au stérilet en cuivre mais qui est fixé dans la paroi utérine, avait sur ses règles.

« Le stérilet m'a provoqué des hémorragies... [...] Je pense qu'au début peut-être je pouvais le supporter, mais je ne travaillais pas et puis comme j'avais recommencé du travail, du boulot, et que je me retrouvais dans un environnement comme ça professionnel, je devais être disponible pour les gens à n'importe quel moment, j'ai pas trouvé pratique d'avoir une hémorragie, de devoir courir aux toilettes tous les 30-40 minutes certains jours et d'avoir des débordements malgré les plus gros Tampax que moi j'ai trouvé, plus des serviettes en plus, et heureusement j'étais habillée en noir... c'était toute une organisation, une réflexion à l'avance.... Et quand il fait 30-40°, enfin non, il fait rarement 40° (rires) mais 30-35°, il y a canicule, on n'a pas envie de s'habiller en noir, et des choses comme ça, au cas où il y aurait... Donc, l'univers du travail avec une hémorragie, c'est pas possible ! (rires) Donc je l'ai enlevé ! ». (S2)

Le souhait de S2. était d'avoir un cycle naturel, elle avait donc essayé un stérilet en cuivre. Elle souhaitait être réglée et était prête à avoir un cycle long et des règles plus abondantes. Cette possibilité est toujours notifiée lors de la pose d'un stérilet de ce type. Mais elle ne s'attendait pas à avoir des « hémorragies ». Si cela a été gérable pendant un temps, la reprise d'une activité professionnelle a rendu ces métrorragies, c'est-à-dire des règles longues et abondantes, handicapantes. Ce témoignage m'évoque la réflexion suivante : certaines situations qui semblent anormales voire pathologiques médicalement parlant, semblent pouvoir être admises par les individus à certains moments de la vie. Si la situation est gérable, elle peut rester en l'état même si elle dit se

sentir affaiblie : « *Psychologiquement, je me sentais affaiblie, je ne sais pas si réellement j'étais affaiblie... Mais j'étais tellement choquée de voir tous le sang que je me sentais mal quand je voyais tout ça.* ». Cette contraception lui semblait adéquate pendant un temps donné. Cela montre donc une différence de perception entre ce qui est acceptable médicalement et ce qui est acceptable pour un individu donné à un moment donné de sa vie. Les envies et les tolérances ne s'inscrivent pas ou ne correspondent pas toujours à ce qui est prescrit médicalement.

La conversation s'est poursuivie par la question de savoir si une contraception où les règles seraient absentes aurait été plus acceptable. Sa réponse fut la suivante : « *Euh, de vraiment ne plus avoir rien du tout, ça me dérangerait un petit peu.... Car alors, on n'a plus le même baromètre que d'habitude, on sait pas si on est enceinte ou pas, on sait pas si on est ménopausée ou pas ! Enfin sinon, c'est pratique, quand on part en vacances si on va à la plage, on ne doit pas se soucier.... Mais bon, il y a des pour et des contres...* ».

Les règles semblent donc importantes dans ce cycle qu'elles entraînent mensuellement et qui, malgré tout, rythment la vie d'une femme. Pour elle, les règles font partie de ce qu'elle perçoit comme féminin : « *Oui, je sais pas, ça fait partie d'être une femme, mais bon, si c'est pour avoir des crampes tous les mois, ça ce n'est pas chouette non plus.* ».

Il faut bien souligner que toutes les femmes ne sont pas de cet avis. Ainsi, S1. prenait la pilule en continu justement pour éviter d'être réglée. Elle l'avait prise pendant une ou deux années selon le rythme vingt-et-un jours de pilules puis sept jours sans mais s'était rapidement tournée vers une prise en continu afin, justement, d'éviter d'être réglée. Cela ne la dérange pas de ne pas avoir ses règles : « *Non, au contraire ! Je ne comprends pas qu'il y ait des gens qui s'embête à avoir leurs règles ! Ce n'est pas me sentir femme, non pas du tout ! Ça me fait juste me sentir mal à chaque fois. Les premiers jours des règles c'était toujours, je devais prendre des médicaments tellement je me sentais mal. Donc, c'est plutôt une libération !* ».

A la question de savoir si elle n'avait pas peur d'une grossesse qu'elle ne détecterait pas, elle m'a répondu qu'elle n'avait pas cette crainte et qu'elle était « *plutôt zen* » ! Ainsi, si pour certaines, les règles sont une caractéristique du féminin qui les façonnent, pour d'autres, ce sont des ennuis qui peuvent être évités. Elle ne craint pas non plus une grossesse pas le fait de ne pas être réglée puisqu'elle a confiance dans la contraception qu'elle utilise et dans la façon dont elle la gère. Ici, S1. semble ainsi être en adéquation avec sa contraception.

Pour d'autres, comme B. le fait d'avoir ou ne pas avoir ses règles ne semble pas un problème mais de prime abord, elle préférerait les « voir » pour reprendre son expression. Ainsi, on remarque que la façon dont on parle des règles peut être différente. Ainsi, B. et d'autres femmes d'Afrique subsaharienne parlent plutôt de « voir » les règles. J'entends souvent : « j'ai vu deux fois mes règles dans ce mois » ou « je n'ai pas vu mes règles depuis autant de temps ». Ce vocabulaire change aussi la perception des menstruations. Les règles sont constatées dans un cas, elles sont « vues », comme quelque chose d'extérieur à la personne. A contrario, d'autres femmes parlent d'« avoir » leurs règles, elles lui appartiennent, elles semblent plus intégrées à la personne, au corps. Cela est plus souvent le cas des femmes « occidentales ». Malheureusement, il semblerait que cette problématique linguistique et sociale n'ait pas fait l'objet d'une étude approfondie, ce qui rend difficile une analyse plus poussées dans les pages de ce travail. Peut-être doit-on aussi considérer une problématique de traduction du terme entre la langue maternelle et le français ?

Certains témoignages parlent aussi de la peur de l'infertilité suite à l'aménorrhée ou quasi aménorrhée consécutive à la prise de la pilule. Beaucoup de femmes témoignent en consultation de cette diminution des règles avec la pilule oestroprogestative. Certaines trouvent cela très confortable puisqu'elles sont quand même réglées et d'une certaine façon rassurée de l'absence de grossesse mais elles ne se sentent plus gênée par le fait d'être en période de menstruations. Pour d'autres, cette diminution questionne leur fertilité potentielle. Si les règles diminuent et sont quasiment absentes, est-ce que le corps se remettra en route au moment où il y aura désir de grossesse ?

C'est effectivement un questionnement pour J.

« Même si moi mon questionnement était aussi par rapport au fait de d'avoir une... presque une aménorrhée quoi ! C'est très rare quand j'ai des règles vraiment. La pilule.... Je dirais, ce n'est pas un effet innocent, je me demande si je vais pouvoir arrêter pendant 3 mois et puis avoir un enfant... Ou s'il va falloir que j'attende un an ou si....

I : Donc, les règles qui représentent quand même une certaine, un potentiel de fertilité du coup ?

Complètement, complètement ! Et puis même, une... Quand j'étais jeune, j'avais

plus ou moins 14 ans, j'ai été anorexique, ce qui fait que j'ai eu une aménorrhée sévère. J'ai dû prendre des médicaments etc. Et qu'on m'a dit à l'époque, « eh ben voilà, vous vous êtes un peu foutue en l'air avec votre corps, il n'y a pas de certitude que vous puissiez avoir des enfants par la suite ». Et donc, pour moi les règles sont très associées à la fertilité et sont très associées au fait de « ah est ce que je vais pouvoir avoir des enfants ou pas ? ». Etant donné que j'ai un peu foiré et que juste au moment de la puberté, où tout se mettait en place, moi j'ai tout anéanti, j'aurais dû me relancer d'une autre façon.... Est-ce que prendre la pilule de manière aussi régulière depuis 14 ans change quelque chose ? Du coup j'ai pris la pilule dès que l'aménorrhée s'est rétablie. ». (J.)

Et donc pour J. une contraception où il y a une disparition des règles serait plutôt source d'angoisse.

« C'est ce qui se passe avec la pilule que je prends maintenant. C'est un peu source d'angoisse oui... Après, comme je vous disais, je suis célibataire, donc c'est pas que ça me perturbe outre mesure. N'empêche que quand j'ai un rapport, qui peut être parfois protégé... Il y a parfois cette crainte aussi.... J'en suis pas à mon premier test de grossesse ou pilule du lendemain fait, parce que je sais pas si je suis fertile... Parce que du fait de ne pas avoir mes règles, je sais pas ! Si c'est parce que ça a repris, ou si c'est parce que rien du tout.... Et ça c'est un peu... Pas que j'aïlle des relations non protégées toutes les 3 semaines, loin de là. Mais ça reste quand même quelque chose qui pose question entre guillemets. ». (J.)

L'absence de règles ou aménorrhée peut aussi être un état questionnant, parce qu'il rappelle un état pathologique comme l'anorexie. Cette diminution du flux sanguin lors des règles rappelle donc cet état passé et les paroles qui avaient été prononcées sur le risque d'infertilité. Cela ramène donc les règles dans ce potentiel de fertilité, rappelle une fonction corporelle qui semble menacée par la prise du contraceptif. Elle évoque aussi la perception biomédicale du corps. Corps perçu comme extérieur et mécanisé : « vous vous êtes un peu foutue en l'air avec votre corps ». Ce témoignage évoque aussi, par le fait de retrouver sa fertilité à l'arrêt de la contraception, dans un temps que l'on espère rapide, une crainte par rapport au fait de « jouer » avec son corps. La prise de la pilule permet une infertilité temporaire mais on espère que la « machine » se remettra rapidement en route à l'arrêt de la pilule. Cela entre aussi dans cette image du corps

comme machine biologique mais nous y reviendrons dans le chapitre sur la médicalisation du corps féminin.

Il semble donc que pour la majorité des personnes interrogées, les règles fassent partie de la vie d'une femme. L'absence de règles semble perçue comme une perte de rythme, une perte de féminité, une crainte par rapport à un potentiel de fertilité. Qu'en est-il des travailleurs de planning familial ? De façon spontanée, K. semblait penser qu'il y avait une importance et un lien entre le choix de la contraception, le maintien des règles et la fertilité : *« Ce qu'aussi je vois, c'est que les... ça je suis vraiment sans avoir fait de recherche, que les méthodes contraceptives où il y a une diminution, voire disparition des règles, euh... ça dans des cultures où la fertilité est très valorisée, de ne pas pouvoir enfanter est un gros problème, le fait de ne pas avoir des règles ou très peu, ça c'est un problème. Cela signifierait une diminution potentielle de la fertilité et je vois qu'elles préfèrent avoir un peu plus de règles et plus longtemps que nettement moins de règles ou pas du tout de règles. »*

Je lui ai alors demandé si elle trouvait que dans certaines populations, issues de l'Afrique sub-saharienne ou du Maghreb, où d'une part la fertilité est valorisée, et d'autre part la sexualité dans le cadre du mariage a un but reproductif, cette aménorrhée est moins acceptée. Pour elle, c'était effectivement le cas mais pas seulement : *« J'ai l'impression... Mais d'un autre côté, j'ai aussi l'impression, aussi pour les femmes belges, il y en a pour qui c'est très important d'avoir les règles chaque mois. Mais plus souvent on verra une femme belge qui sera soulagé de dire qu'elle n'a plus ses règles. Bien sûr il y a aussi une femme africaine qui dit ça ou une fille marocaine mais j'ai l'impression que c'est quand même moins. »*

Ces remarques sur le choix de la contraception, les règles et la fertilité sont communes en planning familial. Elles sont entendues et répétées. Ils semblent donc que le désir de maintenir les règles correspondent à des préjugés liés à la culture. Il est entendu que les patientes de certaines origines souhaitent « être fertile » et que cela est inscrit culturellement. Les morceaux choisis d'entretiens repris ci-dessus semblent effectivement montrer qu'une femme ne paraissait pas dérangée par le fait de ne pas avoir ses règles, mais pour les autres ils semblent que cela ait une importance. B., d'origine guinéenne, ne paraît pas bloquée par l'idée d'une aménorrhée suite à la prise de contraceptif mais ne préférerait pas y être confrontée. Suite aux consultations vécues, et par la même occasion, observées, j'ai pu remarquer que les femmes ne souhaitaient pas avoir des pertes irrégulières ou être réglées de façon continue et qu'il s'agissait des

plus grandes craintes lors de la mise en place soit du stérilet hormonal, soit de l'implant contraceptif. Ce sont aussi les premières causes de demande de retrait. Pour certaines jeunes filles qui vivent encore au domicile familial, il est important de maintenir un cycle afin que les parents, et plus souvent la mère, ne se doute pas de la prise d'une contraception. Cela semble vrai quelle que soit l'origine et ces demandes étaient présentes tant en France qu'en Belgique. Il est vrai que dans certaines communautés, il n'est pas bien vu d'avoir une relation amoureuse et moins encore des rapports sexuels avant l'officialisation de la relation mais cela est à considérer dans toute sa complexité, en prenant en compte le rapport entre la société dite d'accueil et la population issue de l'immigration (Hamel, 2006 : 43). Il est par contre fréquent de voir des jeunes filles, accompagnées de leur mère le plus souvent, consulter en médecine générale ou en planning familial avec une demande de contraception parce que la jeune fille a un petit copain. Les discussions semblent alors assez libres et ouvertes. Ces jeunes filles sont le plus souvent belges et d'origine « occidentale ». Cela ne veut pas dire que les jeunes filles d'autres communautés ne discutent pas de sexualité avec leur mère, si cela passe, c'est un cadre que je n'ai pas observé. Cela ne signifie pas non plus que toutes les jeunes filles « occidentales » peuvent parler de sexualité et de contraception avec leurs parents. Je souhaite simplement préciser que, dans le cadre observé, les jeunes accompagnées en consultation étaient le plus souvent d'une certaine origine. Nous reviendrons sur la communication autour de la contraception dans le cadre familial ou amical dans un chapitre suivant.

Par ailleurs, il semble que le maintien de la fertilité soit important pour tous, les femmes mais aussi leurs compagnons, lorsque les patientes sont accompagnées, et cela semble logique. Un patient a refusé catégoriquement la pilule pour sa compagne lors d'une consultation qui avait pour objet une demande d'interruption volontaire de grossesse. Il avait une énorme crainte pour la fertilité future de son épouse. Il était originaire d'Afrique noire. Il semble qu'à la troisième entrevue, il ait quand même accepté que son épouse prenne la pilule en attendant le moment qu'une grossesse soit la bienvenue. C'est la seule fois où un refus catégorique a été exprimé en consultation, ce qui ne signifie pas que d'autres aient pu accepter la contraception, mais ne l'aient pas utilisée par la suite.

D'autres posent clairement la question lors de la consultation et expriment leur inquiétude en consultation : « *Oui, j'ai demandé, le jour où tu veux avoir un enfant, est-*

ce que pour réellement tu auras ton enfant ? Et elle m'a dit oui, c'est tout ce que j'avais peur. Parce que prendre la pilule si ça va empêcher un jour... Pour le moment réellement.... Comment dirais-je... C'est pas dans mon programme pour le moment... Mais un jour peut-être, j'aurais besoin aussi de faire mes enfants donc, si la pilule peut empêcher... Et c'est pour ça que j'ai posé la question et elle m'a dit « non », le jour où je veux faire un enfant, il suffit d'arrêter la pilule, c'est ce qu'elle m'a dit. ».

Cette réponse a rassuré B. et c'était important qu'elle puisse être rassurée sur ce point. Le caractère temporaire de l'infertilité est important. C'est une condition sine qua none pour accepter la pilule.

Les règles sont vécues de manière symbolique dans le corps. Leur rythme, le flux qui les caractérisent entraînent des réflexions sur le corps et une manière de ressentir celui-ci. Cela semble propre à chacune mais aussi propre à chaque période de la vie. Les menstruations ne sont pas considérées de façon négative et sont rapportées comme construisant une image corporelle et produisant une certaine forme de féminité même si certaines souhaitent les « éteindre » pour un temps par leur choix de contraception. Les menstruations sont effectivement considérées comme un événement « biologique » (Martin, *op.cit.*) mais beaucoup d'autres dimensions de la vie personnelle et collective sont évoquées lorsque le sujet est mis en discussion.

Pour terminer sur notre réflexion sur le corps et la contraception, nous allons à présent discuter de la contraception implantable et des effets que celle-ci peut entraîner sur l'image corporelle, sur la reconnaissance du soi.

[Image du corps et contraception implantable](#)

La contraception que je considère comme implantable est une contraception qui est mise en place dans le corps pour un temps plus ou moins long. Il s'agit des stérilets et de l'implant mais aussi de l'anneau. Ce sont toutes des contraceptions que l'on place dans le corps et que me semble parfois considérées, dans les paroles entendues, comme « invasives ».

Par ces contraceptions placées dans le corps, celui-ci peut être ressenti comme brisé dans son image, heurté dans son intégrité. Le stérilet, placé dans l'utérus, est parfois refusé parce qu'il est mis de façon permanente dans le corps. Les remarques sont moins nombreuses pour l'implant, mais restent nombreuses pour l'anneau contraceptif. On

entend souvent les patientes dire, lorsque le stérilet est présenté, « non, je ne veux pas avoir quelque chose dans mon corps » et elles posent souvent la main sur le bas du ventre. Lorsque nous discutons de l’anneau contraceptif, certaines femmes me regardent et demandent : « Il faut le mettre dans le vagin ? Et je dois venir tous les mois chez le médecin alors ? ». Le fait d’avoir un dispositif dans le vagin semble étrange, un peut-être perçu parfois comme contre-nature. De même, exprimer ou envisager l’action de placer l’anneau dans le vagin semble gênant et peu « convenable ». Par ces paroles, je perçois que les parties intimes doivent rester indemnes de tout corps étranger. Pour certaines, ce n’est pas le lieu de la contraception. Une action contraceptive de ce type semble briser l’image corporelle et le corps semble alors ne plus être intact. Pourtant, comme nous l’avons vu précédemment, de plus en plus de jeunes femmes se tournent vers le stérilet pour pouvoir bénéficier d’une contraception sûre et sans hormones. Pourquoi ce refus, cette peur d’avoir quelque chose dans le corps ? Pourquoi les organes génitaux semblent plus touchés par ce refus ?

Pour ce qui concerne le stérilet, même s’il est de plus en plus utilisé, K. faisait la remarque que le terme est mal choisi :

« Le mot stérilet n’est pas bien choisi... Stérilet/stérile. Ça fait peur... Mais quand même quelque part, depuis quelques années aussi, il y a des changements d’informations par rapport au stérilet. Il y a même maintenant un stérilet soi-disant spécifique pour les nullipares... Bon pour moi, c’est un peu de la foutaise, un stérilet pour les nullipares, mais le fait que, je veux dire déjà avant je pensais que c’était bien, qu’on pouvait poser un stérilet chez les femmes qui n’avaient pas encore accouché et qu’il y avait d’autres idées pour lesquelles on disait que ce n’était pas bien pour les femmes qui n’avaient pas encore accouché... ». (K.)

Je lui ai alors demandé si pour elle, il y avait un facteur culturel dans le choix d’utiliser ou refuser le stérilet. Sa réponse fut la suivante : « *Je n’ai pas fait des recherches, je n’ai pas l’impression que... J’ai l’impression que c’est individuel. Il y a des femmes qui ont peur d’un corps étranger dans leur ventre, d’autres pour qui ce n’est pas un problème.* ».

Suite à la remarque de K., j’ai interrogée certaines patientes sur ce terme « stérilet » afin de savoir si cela avait été à un moment donné une source d’inquiétude pour elles.

Pour F., il ne semble pas : « *J’avoue que j’y pense pas maintenant et que je suis assez*

confiante sur ce sujet-là... Après, j'en ai parlé avec la gynécologue justement... j'ai parlé des idées comme le fait qu'il ne faut pas mettre de stérilet sur les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants et des choses comme ça... Ce qu'elle m'a démenti, elle m'a démenti ça. Enfin, je pense que c'est son travail de me dire la vérité ou de me dire ce qu'elle pense. Donc vis-à-vis de ça... Donc, je n'ai pas trop de souci... Je n'ai pas eu d'écho non plus de gens qui n'avait pas pu avoir d'enfant suite à la pose d'un stérilet, donc... ».

F avait effectivement choisi le stérilet comme contraception, il n'y avait donc pas de crainte pour elle au niveau d'une éventuelle stérilité. Elle avait pris soin de s'en informer avant de le placer. On remarque aussi que cela n'a pas été un problème de placer ce stérilet malgré qu'elle n'ait pas encore eu d'enfant. En effet, certaines usagères rapportent que ce type de contraception leur avait été refusé pour cette raison. Pour d'autres, il y a des craintes de ne pas retrouver sa fertilité après le retrait du stérilet. Mais cette peur est liée au type de stérilet. C'était le cas de A. : *« Normalement je devais le faire directement après mon accouchement mais j'ai hésité jusqu'à maintenant. [...] Parce que j'hésitais entre les 2 stérilets, parce que il y a le stérilet avec hormones et le stérilet sans hormones. Et moi ce qui m'arrangerais, c'est le stérilet sans hormones. [...] Parce que j'ai eu plusieurs témoignages... Le stérilet avec hormones, quand on l'enlève, on peut attendre parfois 2 ans avant d'avoir un enfant. ».*

La crainte peut être donc liée au type de stérilet, certains seront réputés entraîner une stérilité temporaire.

Dans certains cas, le dispositif n'est pas accepté par le corps ou ressenti comme tel. Le terme de « rejet » est souvent utilisé. L'image du corps humain qui refuse le corps étranger est fréquente. A nouveau, l'utilisation de ce vocabulaire entraîne une séparation entre le ce que Martin (*op.cit.*) appelle le « *self* » et le « *body* », c'est-à-dire entre le corps et le soi.

Cela a été entendu à propos de l'implant, notamment par F. : *« Ah... Si si. L'implant j'ai entendu parlé. Mais après voilà, c'est aussi des « on dit » et des choses que j'ai entendues... j'ai connu des gens qui ont fait des rejets par rapport aux implants, qui ont mal, fin leur corps à mal accepté. Donc, je suis plus réticente par rapport à l'implant... ».* Et A. va dans ce sens : *« La plupart c'est ce qu'elles ont... Elles ont toutes du le retirer, pour cause de problèmes. A peu près le même problème pour chacune, qui étaient des pertes de sang continuellement.³ Mais aussi par rapport au*

stérilet par S2. : « *Et, j'ai eu un enfant il y a 5 ans, après ça, j'ai pris le stérilet, mais un stérilet normal, deux fois il a été rejeté.* ».

Cette façon dont le corps peut être considéré comme une entité séparée est bien illustrée par la façon dont F. se reprend quand elle dit : « *des gens [...] qui ont mal, fin leur corps a mal accepté* ». La volonté du « *self* » était d'utiliser ce moyen de contraception mais le « *body* » a refusé cette façon de faire et a donc rejeté le contraceptif considéré alors comme corps étranger.

Ce corps étranger peut être ressenti comme cause de problème. Les témoignages semblent parfois considérer la contraception comme non-harmonieuse et cela est gênant car il y a la démarche pour mettre puis pour retirer la contraception. En effet, la mise en place et le retrait se font par une petite intervention. Ensuite, l'implant et le stérilet hormonal sont relativement cher. Les contraceptifs implantables représentent donc un investissement tant personnel au niveau médical que financier. C'est le problème avec les « *implantables* ».

D'autres travailleurs ont effectivement l'impression que le stérilet est accepté de façon différente en fonction de l'origine géographique. Si le stérilet semble bien accepté dans les populations d'Europe de l'Est car il a été établi comme norme contraceptive depuis des années, cela semble être moins bien accepté pour les femmes d'origine africaine. E dit notamment en parlant des femmes africaines, en sous-entendant l'origine subsaharienne : « *Il y a ça... Et le stérilet, ce qu'elles disent en général c'est qu'elles ne veulent pas avoir quelque chose dans leur corps.* ».

Contrairement aux femmes d'Europe de l'Est : « *Où il y a une espèce de grand blanc là-dessus (la pilule), il y a que le stérilet !¹²* ».

Je nuancerai ces propos. Il semble que le fait de ne pas vouloir quelque chose dans le corps semble assez répandu mais que, comme nous l'avons vu précédemment, c'est en train de se modifier. Par ailleurs, il est vrai que la contraception par dispositif intra-utérin était le mode le plus répandu en Europe de l'Est et que c'est un moyen encore très demandé par les patientes immigrées de première génération.

¹² Je remarque dans cette retranscription que je participe complètement à la conversation sur la contraception et que j'y donne mon avis et mon ressenti. La position de neutralité n'est pas respectée dans cette discussion qui est en fait une discussion avec une autre travailleuse de planning familial. Je suis effectivement rattrapée par mon statut similaire. Je tente alors d'établir ce regard critique dans un second temps, celui de l'analyse.

Je conclurai par une situation rapportée. Je suivais une patiente d'origine camerounaise qui devait avoir entre 25 et 30 ans. Elle était venue me voir pour une discussion autour de la contraception suite à une interruption volontaire de grossesse. Son compagnon avec qui elle n'était que depuis quelques semaines, ne voulait pas qu'elle prenne une contraception parce qu'il souhaitait une grossesse. Mais pour cette femme, c'était totalement prématuré. Elle ne voulait pas la de pilule parce qu'elle ne trouvait pas cette méthode assez discrète. Elle m'a alors demandé un stérilet en cuivre. Elle serait ainsi protégée en toute discrétion. Une année après, se sentant prête à envisager une grossesse, elle me demanda de l'enlever. Cette situation montre la complexité dans laquelle la contraception s'inscrit. Le compagnon exprime un désir de fertilité, peut-être pour pouvoir montrer sa fertilité par la grossesse de sa compagne. Elle souhaite pouvoir temporiser cette grossesse par un dispositif discret. Le stérilet placé, elle maintient son cycle naturel et le compagnon ne se doute de rien. Elle prend le contrôle de son corps, de sa fertilité. Les règles sont présentes et ne traduisent en rien la contraception (dans ce cas le cycle est resté relativement habituel), et montrent mensuellement cette absence de grossesse. Elle a confiance dans sa propre fertilité, elle remet peut-être en question celle de son compagnon. Le stérilet est choisi pour son caractère implantable et caché. Cela signe aussi le *management* individuel de son corps, de sa fertilité et de sa mise en jeu du corps dans la collectivité.

Les changements opérés par la contraception sur le corps sont envisagés, réfléchis, ressentis et gérés en fonction des périodes de la vie des femmes. Le corps pensé comme individuel ou envisagé dans une collectivité est pris en main. Des tactiques existent de la part des femmes pour le gérer, dans ce qui est donné à voir, comme les règles dans le cadre familial, ou la fertilité. Même si la contraception a pu être pensée comme une réaffirmation de la position maternelle et reproductive du corps féminin, ces témoignages montrent aussi que la contraception permet d'envisager le corps dans une certaine maîtrise de ses choix, en prenant en compte les contraintes inhérentes à celle-ci.

Médicalisation de la vie féminine

Le terme « médicalisation » est apparu en anthropologie dans les années 1980 et a caractérisé un phénomène encore en développement mais déjà bien installé depuis l'avènement de la biomédecine. La médicalisation est la prise en considération de certains aspects de nos vies par la biomédecine. Ce phénomène est défini par Conrad (1992) « Comme un processus qui conduit à considérer des phénomènes divers comme relevant de la santé et de la maladie, et à les interpréter et les traiter comme des troubles pathologiques. La profession médicale se saisirait ainsi de problèmes antérieurement traités comme moraux, spirituels ou légaux » (Desclaux, Egrot, 2015 : 27-28). Cette transformation par la médecine de phénomènes physiologiques en entités pathologiques couvre de nombreux aspects de la vie dont des phénomènes féminins comme les menstruations, la grossesse, la naissance et la ménopause. Cela entraîne une médicalisation de la vie féminine et une prise en charge par la biomédecine de chaque étape de la vie des femmes. La médicalisation inscrit le corps féminin dans un parcours médical normalisé et entraîne ce que Bozon a défini comme une « médicalisation de la sexualité » (Bozon, 2013). Cette prise en charge par la biomédecine des étapes physiologiques de la vie d'une femme est telle que leur suivi par le corps médical est devenu normal. Il est cependant à noter que la médicalisation de la vie féminine n'est pas uniforme mondialement. Ainsi, Margaret Lock a montré que les perceptions de la ménopause étaient tout à fait différentes aux Etats-Unis et au Japon (Lock, 2001). Considérée, et gérée par la biomédecine aux Etats-Unis comme une entité pathologique, la ménopause est considérée comme une étape de la vie au Japon, et est définie en d'autres termes et d'autres ressentis.

Certains mouvements vont à l'encontre de cette prise en charge et de cette normalisation biomédicale. Ainsi, les accouchements à domicile sont de plus en plus fréquents et même encouragés puisque certaines mutuelles belges interviennent dans le remboursement des frais inhérents à ce type d'accouchement¹³. Il semble qu'un mouvement de retour à des méthodes plus naturelles se développe et l'intérêt pour les médecines dites parallèles ou alternatives en est la preuve.

La médicalisation et la normalisation de nos vies par la biomédecine sont parfois perçues comme une prise en main de nos corps par des instances extérieures. C'est ainsi

¹³ Ainsi la mutualité chrétienne en Belgique intervient à hauteur de 150 euros pour un accouchement à domicile avec l'aide d'une sage-femme ou d'un gynécologue

que les politiques de santé publique sont parfois considérés comme un « gouvernement des corps » (Fassin, Memmi, 2004). Ce dernier est cependant subtil parce que le maître-mot est la prise en charge par chacun de sa propre santé, le message principal des campagnes d'éducation à la santé étant la responsabilisation de chacun. Pour reprendre Berlivet qui s'inspire de Foucault (Berlivet, 2004 : 65) : « L'éducation pour la santé voudrait, en définitive, amener les personnes « à risques » à se subjectiver, pour parler comme Foucault, dans un mouvement d'affirmation de leur individualité les conduisant à rompre avec les comportements mimétiques préjudiciables à leur santé. ». Judith Butler abonde dans le même sens en reprenant elle aussi les idées de Michel Foucault en exprimant que l'assujettissement à un pouvoir nous pose comme subordonné mais c'est par ce processus que l'on devient sujet (Butler, 2002 : 23). Ainsi, les messages de prévention sont présentés comme un conseil personnel ou personnalisé, qui touche l'individu, mais dont les objectifs sont une amélioration de la santé de la population toute entière.

Les politiques de santé publique changent également en fonction de l'époque et bien qu'elles aient pour but l'amélioration de la santé de chaque individu, elles tendent aussi à donner une direction générale au niveau sanitaire comme nous l'avons vu pour les politiques natalistes. La santé publique se présente comme « une connaissance orientée vers l'action, une expertise au service de la décision. » (Fassin, 2008 : 58). L'orientation choisie par les décideurs au service de la santé publique peut orienter le discours et la perception de faits sociaux, et selon la perspective adoptée les définir comme « une affection d'origine culturelle ou comme le produit de politiques d'immigration » (Fassin, *op.cit.* : 59) comme cela a été décrit dans le cas du saturnisme en Ile-de-France (Fassin, Naudé, 2004). C'est aussi le cas pour les politiques de planification familiale qui peuvent être des outils de contrôle démographique comme cela est le cas dans les pays du « sud », Kaler cite l'exemple de l'ancienne Rhodésie (Kaler, 2000), et qui dans les pays du « nord » a été lancé par les féministes dans un but de réappropriation du corps féminin par les intéressées (Ronsin, 2010).

Cette analyse permet de percevoir les différents aspects de la médicalisation de la vie et à la considérer sur différents plans, tant au niveau de l'individu que des structures de soins et enfin des politiques nationales voire internationales.

Ainsi, je considérerai d'abord la façon dont cette médicalisation est matérialisée au niveau des structures de soins en analysant la consultation gynécologique et la

fragmentation du corps qu'elle entraîne en m'inspirant de Emily Martin (1989). Par ailleurs, les politiques de santé au niveau de la contraception seront analysées en considérant la façon dont est abordée la prévention. Ces politiques seront considérées à l'échelle du planning familial et des usagers donc à un niveau microsocial. Enfin, je m'intéresserai aux usagers et aux travailleurs de planning familial dans leur perception et leur représentation de la médicalisation de la vie féminine.

Fragmentation du corps et consultation gynécologique

L'analyse de la consultation gynécologique illustre la façon dont la médicalisation s'inscrit dans les corps mais aussi la façon dont, politiquement parlant, la consultation gynécologique est considérée. En effet, les consultations sont effectuées et dirigées par des soignants, médecins et non médecins, qui, nous l'avons vu, ont suivi un enseignement qui entraîne une appréhension particulière du corps et de la vie. Cet enseignement conduit également à l'entrée dans une corporation, politiquement définie puisque pour exercer la médecine, il faut être inscrit à l'ordre des médecins et être reconnu par l'Etat comme tel. Le milieu médical est soumis à des règles définies par l'Etat. Ainsi, la « crise de la pilule » est un bon exemple de la façon dont les médecins sont soumis aux directives étatiques. En déremboursant entièrement ou partiellement certaines pilules considérées comme à risque, l'Etat a obligé les médecins à revoir leurs prescriptions. Ce déremboursement s'est accompagné de directives théoriques, de *guidelines* qui enjoignaient les médecins à prendre en considération les risques inhérents aux pilules de troisième et quatrième génération. Le fait de revoir le remboursement de ces pilules peut être perçu comme une obligation financière à revoir la prescription mais aussi comme un contrôle et illustre un manque de confiance dans la capacité des médecins à être responsable de leur prescription.

Par ailleurs, l'Etat étant le principal financeur des structures de planning familial, cela entraîne la mise en place de politiques internes de soins en accord avec les politiques de santé publique.

Ces exemples permettent de situer la consultation gynécologique dans la structure étudiée et les rapports de pouvoir dans laquelle elle se situe mais je me concentrerai ici sur l'aspect des consultations.

Pour en revenir à la formation et à la consultation médicale, l'enseignement médical entraîne une fragmentation du corps par système. Il est ainsi frappant de remarquer les

différents services à l'entrée d'un hôpital ou les différents chapitres traitant des parties du corps dans un livre médical. Nous sommes littéralement découpés entre notre système nerveux, digestif, respiratoire, circulatoire, ... et reproducteur ! La spécificité du corps féminin tient dans un domaine qu'est la gynécologie. Cela semble un peu réducteur mais permet de caricaturer ce qu'affiche la biomédecine.

La question est de savoir si cette fragmentation du corps est effectivement représentée comme telle dans les consultations gynécologiques.

Guyard a fait une thèse de sociologie sur la médicalisation contemporaine du corps féminin dans le cadre de la consultation gynécologique (2014 : 99-111). La première partie de l'analyse tient au local où se déroulent les consultations. Ainsi, au planning familial, la pièce où elles ont lieu comprend un bureau avec trois chaises, une pour le médecin et deux pour les patients. D'un autre côté de la pièce se trouve la table d'examen avec à son côté l'appareil d'échographie. De l'autre côté, un paravent est placé avec une chaise. La pièce comprend aussi un lavabo avec une armoire dans laquelle est disposé le matériel médical (Photos en annexe 4). Dans d'autres lieux, il existe une pièce séparée pour le déshabillage. Ce n'est pas le cas au planning familial ni dans les consultations observées par Guyard. Ce vestiaire, séparé de la salle de consultation, est surtout décrite en Amérique du Nord. Pour avoir vécu des consultations gynécologiques en Angleterre tant dans un hôpital universitaire qu'en clinique, je peux décrire certains aspects frappants du modus operandi, les locaux ne comprenaient pas de pièce séparée dédiée au déshabillage mais il y avait un paravent pour procurer une certaine intimité. Par contre, il était nécessaire qu'une tierce personne, en plus du médecin et de la patiente, soit présente lors de la consultation. Cette personne était dénommée « *chaperone* » ce qui signifie en français chaperon. Cette personne est témoin de la consultation, obligation médico-légale en Angleterre. Etant stagiaire, j'occupais ce rôle habituellement joué par une infirmière. Ce n'est pas le cas dans les consultations gynécologiques en planning familial ou en hôpital en Belgique. En France, j'ai pu observer que la consultation gynécologique en planning familial est traditionnellement, en tout cas à Marseille, accompagnée par une infirmière. Cela permet de gérer les consultations de façon différente, l'infirmière donnant certaines informations et accomplissant certains gestes et afin de suppléer le médecin. La réorganisation logistique et financière du planning familial ne permettait plus, au moment de l'observation, que la consultation se déroule en duo systématiquement. Les consultations que Guyard a observées en cabinet de gynécologie étaient des

consultations où les seuls intervenants étaient la patiente, éventuellement accompagnée, et le ou la gynécologue. Elle formait la tierce personne. En Belgique également, que ce soit en planning familial ou en hôpital, ne sont présents dans le cabinet que le médecin et la patiente, parfois accompagnée. Ces dispositions diverses en fonction des pays observés ou selon les témoignages rapportés signent des approches différentes du corps. Ainsi, le fait de dédier une pièce au déshabillage, comme c'est parfois le cas, ou la présence d'un paravent, comme en Belgique et en France, signifient l'importance et l'obligation d'afficher une certaine pudeur. Certaines patientes lors des consultations observées ne se préoccupent pas de se placer derrière le paravent pour le déshabillage. Quand je signale la présence de celui-ci, certaines répliquent parfois : « oh, ça ne change rien. Ça ne vous gêne pas si je place mes affaires sur la chaise (celle autour du bureau) ? ». Cela signe une approche plus détendue, moins formelle de la consultation. Le fait qu'une tierce personne soit nécessaire comme témoin médico-légal de la consultation amène une autre réflexion. Quelles sont les dangers de cette consultation ? De quoi faut-il se prévenir ? Cela signe le caractère potentiellement médico-légal de chaque situation du quotidien.

Ensuite, l'analyse de l'examen médical est intéressante. Si dans certains lieux, le déshabillage complet est exigé (Guyard, *op. cit.*), ce n'est pas le cas dans les consultations observées ou vécues au planning familial. La patiente se place habituellement sur le dos, avec les jambes de part et d'autres de la table, sur des étriers. La gêne est souvent exprimée par les patientes lors de l'installation. Une remarque est fréquemment faite sur l'inconfort de la position. Guyard a aussi remarqué cette gêne et rapporte l'usage fréquent de la parole dans ce moment précis (Guyard, *op.cit.* : 107). Certains médecins placent une serviette ou un morceau de papier de table pour recouvrir les jambes et le bas ventre. Cela permet de séparer le haut et le bas du corps et cette façon de faire est souvent utilisée durant les interruptions volontaires de grossesse. Cette technique peut être analysée sous différents aspects. Tout d'abord comme un respect de la patiente qui ne souhaite pas « savoir » ce qui se passe. C'est parfois le cas de patientes qui s'exclament : « Ne me dites rien ! ». Cela peut aussi être perçu comme une séparation, une fragmentation du corps pour reprendre Martin (1989) qui parle de la consultation gynécologique mais aussi, de façon exacerbée, de ce phénomène durant la césarienne. L'anesthésie du bas du corps fragmente celui-ci et les témoignages qu'a récoltés Martin après une césarienne signait une séparation entre le « *self* » et le « *body* » le temps de l'intervention. Cette fragmentation est parfois perçue sans

qu'aucune « barrière » ne soit placée entre le haut et le bas du corps. Ainsi, je me rappelle d'une consultation où la patiente souhaitait à tel point éviter de considérer ce qui se passait au niveau gynécologique que je ne recevais aucune réponse à mes demandes. J'étais absente pour elle, elle avait abstrait de sa conscience ma présence et la partie inférieure de son corps. La fragmentation avait été faite de façon consciente ou inconsciente par la patiente elle-même. Cela montre la façon dont la médicalisation de ce corps peut être vécue de façon agressive. Mais cette médicalisation semble également totalement incorporée. Ainsi, toute consultation gynécologique n'exige pas un examen médical. Lorsque c'est le cas, les patientes sont étonnées et me le font remarquer. Comme si la visite gynécologique pénible était obligatoire, ne pas devoir s'y soumettre semble étrange.

Si un examen de la poitrine est nécessaire, il est habituellement demandé à la patiente de remettre le bas et d'enlever le haut. Cette technique est mobilisée ici aussi dans un souci de pudeur tant pour le soignant que pour l'usagère.

Le rapport au corps requiert et entraîne des moyens pour mettre une distance tant pour le soignant que pour le patient. L'outil principal utilisé dans le cas de la consultation gynécologique est le corps (Mauss, 1991). L'analyse des techniques d'utilisation de ce corps en rapport à un autre corps est intéressante par la façon dont la mise à distance est effectuée. Guyard insiste sur le fait que la séquence dans laquelle se déroule la consultation gynécologique permet de mettre une distance entre des acteurs étrangers dans des positions que l'on retrouve plus couramment dans l'intimité. Elle décrit la façon dont la consultation gynécologique est un processus séquencé ce qui permet de créer une distance et des codes entre les intervenants présents la pièce où se déroule la consultation. D'abord, la patiente est invitée à s'asseoir au bureau et à exposer la raison de sa consultation, ensuite, si nécessaire, un examen clinique a lieu, enfin, la conclusion de la consultation et les prescriptions nécessaires se font à nouveau autour du bureau. En planning familial, il est fréquent que le règlement de la consultation se fasse à l'accueil du planning familial. Le rôle du médecin est alors de rédiger l'attestation de soin, le paiement étant réceptionné par l'accueillante en charge à ce moment. Cette séquence formalise la consultation et la dirige. Elle permet d'éviter un débordement éventuel et de spécifier le cadre médical de l'intervention. Elle inscrit et affirme le cadre médical et médicalisant de la consultation gynécologique.

Un autre aspect de la consultation gynécologique, surtout dans le cadre du planning familial, est la prévention. Comme nous l'avons vu, la prévention fait partie de

l'éducation à la santé et d'une médicalisation de la société. La prévention des rapports sexuels à risque, le dépistage des infections sexuellement transmissibles s'il y a eu rapport à risque ou le dépistage du cancer du col par frottis tous les trois ans ponctuent nos vies de rendez-vous médicaux. Il semble logique que ceux-ci soient honorés, que ce soit dans le cadre de la prise en charge de sa santé, dans une organisation raisonnable et raisonnée des risques pris et dans une subjectivation par rapport à l'autorité, selon les théories foucaaldiennes. Cela entraîne alors un assujettissement à certaines règles. La médicalisation de la sexualité et de la santé féminine contribue à produire des discours négatifs si certaines règles issues de la biomédecine ne sont pas respectées (Desclaux, 1996 : 318). Ainsi, si le frottis n'est pas fait à temps, des remarques peuvent être faites sur les risques encourus. Si des rapports non protégés sont rapportés, les risques pris seront mis en avant. La médicalisation de sexualité a entraîné un droit de regard et certainement un droit de jugement sur ces aspects intimes. Si la prise en main individuelle par chacun n'est pas faite selon les règles, la personne sera jugée pour ses comportements « à risque » et considéré comme « déviant ». Cette considération n'est probablement pas, en tout cas je l'espère pas, exprimée de façon si directe dans les structures de soins, mais les prescriptions de prévention entraînent d'une certaine façon une obligation de se soumettre puisque c'est pour « faire bien », puisque c'est pour un mieux. Cela édicte des normes de santé, et notamment des normes contraceptives issues de la biomédecine.

Dans cette partie, nous avons vu comment la consultation gynécologique est en fait un lieu de rencontre de différents aspects de la médicalisation. La médicalisation de la société est illustrée par les règles prescrites aux structures de soins et aux soignants et ces règles sont cristallisées dans le rapport aux patients, que ce soit par les prescriptions ou encore par les conseils de prévention. Ensuite, la médicalisation du corps féminin a été illustrée par la description et le séquençage de la consultation qui entraîne une fragmentation du corps. Cela s'illustre dans la façon dont la consultation se déroule et est gérée mais aussi dans la façon dont est organisé le secteur des soins de santé.

Dans la suite de ce chapitre, je vais tenter d'illustrer à l'aide d'extraits d'entretien ces constations à propos de la médicalisation de la vie féminine.

Le suivi gynécologique est un rendez-vous régulier de nombreuses femmes. Les usagères enregistrées lors des témoignages sont des coutumières de ce suivi : le recrutement ayant été fait en consultation de planning familial. Il y a donc un biais de sélection par le fait que j'ai fait le recrutement dans un lieu médicalisé et que donc je n'aurais a priori pas sélectionné de personnes refusant ce suivi biomédical. Malgré ce choix, tous les témoignages ouvrent des pistes de réflexion.

La première question sur la médicalisation de la sexualité a porté sur les premiers contacts avec le monde médical pour le suivi gynécologique. Cette première consultation a généralement lieu à l'adolescence, et constitue une entrée dans une normalisation des pratiques et de l'image de la femme (Guyard, 2010).

Se dessine plusieurs possibilités : Soit la première consultation avait pour objet la contraception ou le dépistage des infections sexuellement transmissibles suite aux premiers rapports sexuels, soit la médicalisation de phénomènes ressentis comme pathologiques :

« I : Et vous avez commencé une contraception à quel âge ?

A : Je pense que c'était à 18 ans. J'ai commencé à prendre la pilule pour régulariser mes règles. Elles étaient irrégulières, ça durait jusqu'à 7 jours et très abondantes.

I : Et du coup, c'était le généraliste ? Ou votre maman vous avait amenée au planning ? Ou... ?

A : Non, c'était chez un gynécologue, à l'hôpital Bracops si je me souviens bien. J'y étais allée de moi-même. ». (I. et A.)

Dans ce cas, le but de la contraception n'était pas d'éviter une grossesse. La raison de sa première consultation en gynécologie était des règles douloureuses. C'est une raison fréquente pour une première consultation de filles parfois très jeunes. Ce motif de consultation pose plusieurs questions. D'abord, celle d'une médicalisation d'un phénomène qu'est la dysménorrhée, qui peut être pathologique mais peut aussi être tout à fait normal et physiologique. Cela questionne l'essence même de la médicalisation du corps féminin. Ce problème est le plus souvent discuté dans un entre-soi féminin. On retrouve des témoignages, notamment chez Guyard, d'une prise à témoin d'un

intervenant féminin de ce problème, comme si cette entité ne pouvait être comprise autrement. Ensuite, cette prise d'hormones inscrit, dès l'adolescence, dès avant la sexualité, le corps qui devient femme dans un parcours médicalisé.

Pour F., une autre usagère interrogée, les démarches se sont faites de façon spontanée, quelques années après les premiers rapports sexuels. Elle avait été autonome dans les démarches concernant sa sexualité. Elle décrit sa mère comme disponible pour répondre à des questions mais l'ayant responsabilisée individuellement par rapport à sa santé. Elle ajoute que sa mère devait la juger suffisamment responsable (Bozon, 2012). Elle avoue que par là-même, son premier rendez-vous gynécologique a été retardé par rapport à ses premiers rapports sexuels mais aussi par rapport à ses copines dont les mères (c'est plus fréquemment le cas) avaient entrepris les démarches pour leurs filles (Guyard, 2010). Dans ce témoignage, la contrainte du suivi gynécologique semble admise et logique. Elle ne pose pas question. La seule chose qui freinait F. était l'âge. Pour elle, il est difficile de se rendre chez le gynécologue vers 15-16 ans, ce qui justifie son suivi qu'elle considère comme tardif. Nous reviendrons sur les discussions intrafamiliales concernant la sexualité plus tard dans ce travail.

Dans ces deux témoignages, la consultation médicale, le suivi médical gynécologique et la médicalisation de la sexualité semble relativement logique. Est-ce le cas pour tout le monde, en tout cas dans cet échantillon qui, comme je l'ai dit, offre un biais de sélection ? J'ai donc posé d'autres questions à F. pour étoffer le propos :

« I : Est-ce que pour toi la contraception, la sexualité, ça rentre dans un cadre, 'fin en tout cas il y a un cadre médical autour ? Ou, pas d'office ? Dans le sens, la première visite chez le gynéco est liée aux premiers rapports sexuels... La contraception, on en discute avec le gynécologue, finalement plus qu'avec les parents. Il y a une discussion informelle avec les amis.... Est-ce que la sexualité, la prise d'une contraception passe par une discussion avec le médecin ?

F : J'ai l'impression que dans ce genre de cas de contraception, j'ai l'impression que oui, c'est dans un cadre médical... Parce que même si on a des discussions avec les proches, avec les amis, j'ai l'impression qu'on a aussi droit à un avis professionnel sur la question, de gens qui s'y connaissent et dont c'est le métier. Après, je ne sais pas si je répons à la question.... Quand je vais chez la gynécologue, je n'ai pas l'impression d'être chez le médecin, je sais pas comment expliquer. C'est différent, j'ai l'impression que c'est quand même une partie précise...

I : Tu n'as pas l'impression dans un cadre médical strict ?

F : Oui, c'est ça. Parce que j'ai l'impression que ça parle, ça rentre plus dans la psychologie... C'est aussi médical mais c'est, je ne sais pas comment expliquer.... [...] Après oui, ce sont des médecins, un gynécologue, ce sont des professionnels mais je n'ai pas la même sensation que quand chez rendez-vous avec le médecin généraliste. Mais c'est peut-être aussi parce que je n'ai pas de médecin à moi... je vais très peu chez le médecin donc du coup, j'ai l'impression que la gynécologue.... J'aurais plus tendance à avoir une gynécologue « régulière » ou un gynécologue chez qui je vais parce que je n'ai pas de médecin de famille chez qui je vais.... J'ai l'impression que c'est plus personnel... Mais c'est mon point de vue.

I : Est-ce que cette démarche d'aller voir le gynécologue par rapport à la contraception te semble logique par rapport à ta sexualité ?

F : Oui.... C'est lié. ». (I. et F.)

F. décrit dans ce témoignage la façon dont le suivi médical est pour elle logique et cohérent par rapport à la sexualité. Elle répète que pour elle cette prise de conscience a été tardive mais qu'elle est maintenant complètement incorporée. Cette visite est un contact médical, quasiment le seul, qui semble-t-il, lui donne le sentiment de prendre sa santé en main et d'être cohérente par rapport à celle-ci.

Cette cohérence entre la demande, la démarche et la réponse reçue n'est pas toujours retrouvée. Ainsi, S2. a commencé l'entretien en m'énumérant toutes les errances qu'elle avait vécues au niveau de son suivi gynécologique et la frustration qu'elle ressentait en regardant en arrière : « *En fait j'avais déjà passé les 40 ans, j'ai 41 ans et qu'apparemment personne n'avait pris le temps de discuter, rediscuter avec moi sur la contraception [...] j'avais une gynécologue qui travaillait ici avant mais qui ne travaille plus ici et elle m'a jamais proposé des bonnes solutions en fait, c'est très étrange. [...] Et puis voilà, je suis de nouveau sous la pilule, mais je ne voulais pas vraiment de contraceptif à base d'hormones. Mais bon, c'est difficile, on n'a jamais des solutions parfaites aux problèmes. ».*

Elle a d'abord exprimé son mécontentement actuel par rapport à son suivi gynécologique et sa contraception et elle mit cela en perspective avec son suivi passé. Elle a en effet toujours été sous pilule et a appris il y a peu que ce n'était peut-être pas la meilleure solution pour une personne qui souffrait de migraines. Je la voyais donc après ces révélations de problèmes par rapport à son suivi gynécologique et elle était assez

contrariée. Elle m'exprimait sa frustration de la médicalisation de son corps, de solutions qu'on lui avait proposée qui avaient finalement peut-être nui à son corps. Je ressentais aussi combien elle avait l'impression de ne pas avoir été écoutée malgré toutes ces années de suivi. Il y avait un certain découragement exprimé et une tension entre la prise en charge médicale qui lui semblait nécessaire et la confiance qu'elle pouvait accorder aux conseils donnés.

Son avis par rapport à la contraception et les risques encourus avaient changé avec le temps comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les hormones et la contraception. Au début des années 1990, moment où elle a commencé à prendre la pilule, les considérations étaient différentes par rapport à aujourd'hui, notamment suite à la crise de la pilule. Ensuite, à cette époque, la pilule était l'outil contraceptif de référence, avec le préservatif suite à l'épidémie du vih.

C'est cette connaissance des risques qui pose question pour certains. Ainsi, si la médicalisation de la sexualité et la diffusion des messages de prévention semblent importantes, J. exprimait la maladresse par laquelle ils étaient parfois diffuser :

« Le planning j'y ai été une fois où je croyais être enceinte, mais comme on pense être enceinte à 17 ans et que voilà, un peu con, je sais pas du tout.... Mais je pense qu'il y vraiment un manque d'informations sur la vie sexuelle quand on est à l'école secondaire par exemple. Je pense que ça c'est vraiment une lacune qui est complètement... Quand on pense pour le sida, les campagnes c'est par vague... Il y en a moins et puis la campagne s'arrête pendant 5 ans et puis tout d'un coup on a une recrudescence des cas... C'est dommage... et je pense que c'est le genre de comportement, surtout à l'époque où on est maintenant, [...] Je crois que ça c'est vraiment une lacune de l'enseignement en tant que tel... Pour l'enseignement de la vie, la tolérance... » (J.)

J. semble dire aussi que l'information sur la sexualité est insuffisante et que les campagnes de prévention se font par vague en fonction des recrudescences des cas rapportés dans les statistiques épidémiologiques. Elle se place comme exemple, elle qui, avec une mère sage-femme, a été suivie et éduquée au niveau de la sexualité. Elle ajoute : « *Le chlamydia, j'en ai entendu parlé, à la grosse louche, il y a 5 ans.... C'est dingue !* ».

Elle se reconnaît comme une personne qui s'informe et recherche l'information. Pour

elle, l'éducation à la santé est insuffisante. Est-ce lié à une insuffisance de la médicalisation ? Un manque d'assujettissement des citoyens envers les messages de prévention ? Ou encore un problème au niveau du message ?

Il semble malgré tout que les réflexes de prévention, pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles, soient devenus des habitudes. Ainsi, D1. me confiait s'être fait dépistée en compagnie de son frère : *« J'avais été en septembre avec mon frère simplement pour faire un dépistage de routine quoi... Oui, on a dit qu'on allait faire ça tous les deux... Et donc voilà, c'est pas loin de chez moi, ça s'est bien passé donc.... Je me suis dit que j'allais y retourner. »*

Cet extrait est intéressant sur plusieurs points. Tout d'abord, la façon dont D1. s'exprime semble montrer qu'il est logique de se faire dépister comme je le disais plus haut. C'est quelque chose qui semble tellement banal que cela peut se faire en famille. Cela signe ainsi un dialogue sur le sujet dans les familles, un partage d'information mais aussi une prévention que je nommerais « de proche en proche » ou par effet « boule de neige ».

D'une certaine façon, l'éducation à la vie sexuelle et affective dans les écoles me donne le même sentiment. Ainsi, des séances d'informations ont lieu dans les écoles, plusieurs fois sur l'année et sur plusieurs années scolaires distinctes avec une adaptation des sujets en fonction de l'âge. Il s'agit de l'éducation à la vie sexuelle et affective ou EVRAS. En parlant de la contraception A. et E. me disait ceci en parlant d'une classe dans un quartier à majorité musulmane :

« E : Oui, oui, elles sont intéressées. Ça dépend quel âge bien sûr. Mais à partir de 16 ans, elles sont intéressées.

I : Ça permet aussi de discuter de certaines choses qui les préoccupent ?

E : Oui bien sûr. Non seulement la contraception, mais aussi la virginité. Justement, et comment ça se passe...

A : Comment elles arrivent à gérer ça avec leur culture d'origine, le conflit avec la société maintenant... ». (E., I. et A.)

Cela me procure le sentiment suivant : si la médicalisation de la société, de la vie féminine et de la sexualité expose à des contraintes, et non des moindres comme nous l'avons vu dans ce chapitre, elle permet aussi d'aborder certains sujets ayant trait à la vie sexuelle sans quoi ces sujets ne seraient pas abordés. Est-ce pour un mieux ? Je le

crois parce que cela permet d'échanger des expériences, des récits de vie, le vécu de certaines situations qui peuvent être difficiles. Ce dialogue permet d'appréhender certains « bricolages » effectués entre une communauté donnée et la société dite d'accueil comme par exemple dans la prescription de virginité (Bakass, Ferrand, 2013 :41). Cela permet aussi de partager des façons différentes de vivre la sexualité, d'apprendre à se connaître et enjoint à mieux vivre ensemble.

Malgré tout, il reste important de percevoir ce qui se passe en-dehors du cabinet de consultation, en-dehors de la consultation médicale et en-dehors du cadre médicalisé qu'est le planning familial. Cela sera discuté dans le dernier chapitre.

Dans le chapitre suivant, j'aborderai la hiérarchisation de la relation soignant-soigné sous deux axes. Tout d'abord, pourquoi les soignants choisissent-ils de travailler en planning ? Connaître les motivations permet de percevoir la façon dont ils abordent la relation avec les usagers. Ensuite, comment les usagers ressentent-ils la relation soignant-soigné en planning familial et quels sont leurs attentes par rapport à celle-ci ?

Hiérarchisation du rapport soignant-soigné

Nous avons abordé la hiérarchisation des relations dans la partie réflexive et je souhaiterais poursuivre la réflexion sur ce thème dans cette partie en analysant les entretiens recueillis.

Il me semble également intéressant de connaître les motivations des travailleurs à choisir un poste en planning familial. En effet, j'ai répété plusieurs fois dans le cadre de ce travail que les débuts du planning familial avaient été un mouvement militant qui se souhaitait proche de la population et certainement proche des femmes. De plus, au sein des structures, l'idéal tient dans un modèle autogéré et donc non hiérarchisé. J'ai mentionné dans la première partie quelques critiques par rapport à ce modèle assez idéalisé. Je pense qu'il est intéressant d'envisager la position des travailleurs pour pouvoir analyser et aborder tous les aspects de la relation soignant-soigné.

La consultation médicale est une rencontre entre un soignant et un soigné, qui peuvent chacun être accompagnés. Cette rencontre est la conséquence d'une demande thérapeutique, de soin de la part de l'utilisateur. Celle-ci et les échanges qui en découlent sont tenus à des codes particuliers inscrits dans la loi et notamment le « consentement éclairé ». Celui-ci est inscrit dans la loi belge depuis le 22 août 2002, et impose au praticien professionnel de fournir au patient toutes les informations nécessaires permettant à ce dernier de consentir en connaissance de cause à une intervention future et ce quel que soit le type d'intervention. Pour obtenir le « consentement éclairé » du patient, l'information doit répondre à plusieurs conditions telles qu'être préalable et fournie en temps opportun, être adaptée à la faculté de compréhension du patient, être exacte et suffisante.

Le soignant est donc reconnu comme informateur, la décision devant être prise par le patient en toute connaissance des tenants et aboutissants, et en toute autonomie car le praticien ne peut en aucun cas influencer la décision du patient. Cette injonction d'autonomie, qui s'inscrit dans un modèle de gestion libérale de façon globale, n'enlève par le sens et la légitimité de la consultation médicale. Ainsi, le soigné va à la rencontre d'un expert, qu'il soit médecin ou autre, afin de lui faire part de questions ou de demandes concernant sa santé. Membrado utilise un terme intéressant pour définir la consultation qui est le « mode d'agir ensemble » qui « réfère à une approche interactionniste de la relation de soin, cette posture n'exclut pas pour autant la

considération des inégalités et des hiérarchies sociales dans lesquelles les interactions se déroulent. » (2014 : 52). Cette autonomie du patient par rapport à sa santé évoque plusieurs aspects. D'abord, le patient vient de plus en plus souvent en consultation en ayant pris les renseignements sur sa santé ou sur les options thérapeutiques qu'il envisage. La rencontre va alors dans le sens d'une demande de l'aval et de l'avis d'un expert ou d'une discussion autour des éléments qui n'auraient pas été envisagés par l'utilisateur. Le fait d'appeler le patient « usager » va aussi dans le sens de cette autonomisation. Cette autonomisation peut être entendue dans le sens d'une responsabilisation du patient qui, comme nous l'avons vu, se doit de se prendre en main au niveau de la prévention et du soin dans une démarche de santé publique. On remarque donc « une forme de déplacement de la situation de soins d'une relation exclusivement interindividuelle médecin-malade à un niveau méso, celui de l'action collective entendue comme action d'un groupe pour produire un bien collectif. » (Schweyer, 2014 : 28). Cette autonomisation peut également donner au soignant l'impression qu'il n'a plus l'autorité d'antan (Aiach et Fassin, 1994 ; Membrado, 2014) car il fait face à un patient reconnu comme sujet de droit et qui s'inscrit dans un rôle, pris plus ou moins à cœur, de sujet informé et actif. Il n'en reste pas moins que cet assujettissement, pour reprendre Foucault, n'est pas engagé par tous et qu'il subsiste un élément central de la relation : la confiance. Le patient se tourne vers un soignant, dans lequel il a confiance et avec qui il a construit une relation, pour lui faire part de ses interrogations plus ou moins renseignées et élaborées, afin d'avoir un avis éclairant son cheminement.

Fainzang (2006) a montré que la relation entre un soignant et un soigné n'était pas toujours si simple. L'étude qu'elle a conduit avait lieu en milieu hospitalier et plus particulièrement en service de cancérologie, qui est un terrain totalement différent de celui que j'ai vécu, nous apprend une série d'éléments. Ainsi, il ressort que les patients d'un niveau socio-économique bas bénéficient de moins d'informations que les patients plus instruits. De plus, ces patients posent moins de questions et reçoivent donc moins d'informations. Enfin, il existerait une politique du « mensonge » ou de la dissimulation d'information afin que le traitement soit suivi lorsque le médecin pense procurer un mieux. Qu'en est-il dans le terrain étudié ici ? Quel est la position des soignants par rapport à l'information ?

Suite à ces différents points, il me semble que la relation ne devrait pas, dans l'idéal, être considérée comme hiérarchisée mais comme une relation d'échanges de

connaissances et d'avis sur un point précis de la vie de tout être, qu'est la santé.

Nous allons donc commencer par analyser les motivations des soignants dans le choix de travailler en planning et la façon dont ce choix peut influencer la relation soignant-soigné.

Pourquoi font-ils le choix de travailler en planning familial ?

Il est intéressant de connaître le parcours de chacun car cela dévoile souvent les motivations qui lui ont fait choisir ce travail, surtout dans le cadre d'un emploi relationnel, qui touche à l'intime dans un mouvement qu'est le planning familial. Nous avons également évoqué certains aspects qui caractérisent la relation soignant-soigné dans le cadre de la biomédecine et les différences qu'ils pouvaient y avoir entre les attentes des patients et la réalité du terrain. Est-ce une réalité que les travailleurs suspectent ? Comment envisagent-ils leur fonction et la relation aux usagers ?

Ainsi, j'ai demandé à trois travailleurs de planning quel avait été leur parcours et les choix qui les avaient menés à leur poste actuel :

« A : Rien de compliqué... Mon stage de 3^{ème} année en AS (assistante sociale) je l'avais déjà fait en planning, c'était le genre d'institution que j'avais envie d'intégrer, avec des thèmes qui m'intéressaient plus, avec une équipe pluridisciplinaire... Et donc j'ai fait mon stage de 3^{ème} en planning et en cherchant des boulots, ben je regardais forcément les offres d'emploi en planning...

I : Mais c'était ton premier choix au niveau du boulot ?

A : Oui, oui. Parce que d'abord j'avais déjà fait un stage là-dedans et donc je voyais déjà un petit peu comment ça fonctionnait...

I : Oui, mais tu n'as pas choisi un stage en maison médicale, qui est aussi finalement un travail en équipe, pluridisciplinaire, etc.

A : C'est moins les maisons médicales... Un planning, y'en avait un qui n'était pas trop loin de chez moi... Je connaissais déjà plus... En même temps, c'était aussi des sujets qui m'intéressaient plus, qui touchaient plus à tout ce qui intimité etc. ».

(A. et I.)

Pour A., il était logique d'intégrer un planning familial et elle considère toujours aujourd'hui, que c'est une chance de pouvoir travailler dans ce genre de structure. Elle mentionne aussi durant l'entretien avoir fait un travail sur l'avortement durant ses

études secondaires. Il était important pour elle d'intégrer une équipe pluridisciplinaire dans un domaine qu'il l'intéressait, qui touchait à l'« intime ». Elle semble satisfaite de son choix et pouvoir se renouveler dans celui-ci car elle a été engagée au planning familial d'Etterbeek en 2002.

E. est arrivée plus tardivement en planning familial par rapport à son parcours professionnel.

« C'est vrai que lors de mes études, j'avais fait un stage en planning... Euh... Et puis, bon, c'est quand même, par..., en fait, c'est quand j'ai vu l'annonce que je me suis dit, c'est ça que je veux faire. Même si j'avais fait pleins de trucs avant, euh... Je me suis dit, c'est ça, c'est LE truc, tu vois ? Bon, ce n'est pas par hasard que c'est ça que je voulais faire, c'est évidemment, par rapport à mon... quand moi j'étais jeune... C'est à ce moment-là qu'on a voté la loi pour l'avortement, qu'il y a eu toutes ces manif, l'affaire Peers¹⁴ et tout ça, et que... Qu'il y a eu cette explosion des plannings qui se sont installées, et que bon, on était complètement là-dedans, dans toutes les questions féministes etc. quoi. Donc, voilà ! Et je pense aussi que, pourquoi ça m'a intéressée, je pense aussi en réaction à mon éducation, ou en tout cas, comment était éduquées les filles à cette époque-là. Et euh, et voilà quoi... Un peu comme les marocaines aujourd'hui (rires), c'était comme ça quoi ! Voilà ! ». (E.)

E. a été engagée en 1996 au planning familial à Etterbeek. Celui-ci a ouvert en 1976. Elle a été engagée à l'époque pour lancer l'activité « animations », des animations à la vie affective et sexuelle, dans les écoles. Elle mentionne avoir fait un stage en planning familial durant ses études, donc entre la fin des années 1970 et le début des années 1980, c'est-à-dire au début de l'apparition des plannings familiaux en Belgique. Elle met bien en avant le fait que son choix est aussi porté par les questions féministes qui ont agité sa jeunesse et qui, pour elle, sont indissociables du mouvement. A. comme E. mentionnent toutes les deux le fait que ce choix s'est fait en opposition à l'éducation qu'elles ont reçues. E. compare même son éducation à celle des jeunes filles marocaines aujourd'hui, sous-entendant un contrôle des sorties et un contrôle des fréquentations, l'importance du mariage, etc. Elle voit dans son choix de travail en planning familial

¹⁴ L'affaire Peers a eu lieu en 1973. Le gynécologue namurois Willy Peers est arrêté le 22 janvier 1973 suite à la pratique de plus de 300 avortements. Ce procès sera suivi de manifestations citoyennes qui feront avancer les démarches politiques permettant à voter la dépénalisation partielle de l'avortement le 3 avril 1990.

une attitude de rébellion face à une éducation genrée. Mais cette phrase a un autre sens selon moi. En effet, elle en déduit, ou elle constate que la façon dont les filles marocaines vivent aujourd'hui correspond à un mode de vie d'il y a quarante ans pour la Belgique, elle met en avant un gap temporel entre la vie de ces jeunes femmes et la société dite d'accueil. Elle remet sur la table la question de l'immigration « des marocaines » qui sont a priori des descendantes de migrants marocains issus des migrations de travail des années 1950-1960. Elle pose aussi la question de l'« intégration » de ces jeunes femmes, qui a été discutée par de nombreux auteurs (Guénif-Souilamas, 2000 ; Tersigni, 2001 ; Kelek, 2005). Par la suite, E. a aussi mis en avant les différences qu'elle rencontrait tant dans les animations qu'au planning familial dans ce groupe qu'elle définit ici comme « filles marocaines ». Elle y reconnaît les nuances et les enjeux qui se jouent pour cette communauté dans la relation migrants-société d'accueil ce qui n'empêche cependant pas qu'il puisse exister une essentialisation de l'origine dans la façon dont est abordée l'usagère lors de la consultation au planning familial et une prise en charge « racialisée » comme cela a pu être décrit par d'autres auteurs et en d'autres lieux (Sauvegrain, 2012).

Pour K., l'arrivée en planning familial s'est faite un peu par hasard. Elle a d'abord travaillé avec les personnes réfugiées, suite à son premier stage en Belgique dans l'ancien groupe Exil, où elle a été engagée après son stage. Ce groupe Exil a été restructuré en 1985 et son projet a été arrêté faute de budget. Elle a ensuite été engagée au planning familial d'Ixelles, par intérêt pour la thématique de la santé sexuelle, en Belgique mais aussi à l'international. Elle fait d'ailleurs partie du groupe international de la fédération. Pour elle, il y a la même approche et le même militantisme dans le planning familial, elle dit d'ailleurs qu'elle « travaille » tout le temps. Elle se définit comme féministe ce qui signifie pour K. la lutte et la militance pour l'égalité de genre et l'égalité des chances. Elle me disait que ce qui se passe en Belgique et ailleurs la pousse à continuer à défendre les valeurs du planning familial afin que ce qui a été acquis puisse rester en place. Elle m'expliquait notamment certaines situations. Récemment, une proposition de loi a été déposée pour donner un statut légal au fœtus en Belgique, ce qui pourrait porter atteinte à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. En Italie, il existe la possibilité de faire des clauses de conscience collectives, ce qui porte aussi atteinte au droit à l'interruption volontaire de grossesse. Cela a été reconnu comme illégal suite à une plainte de l'*International Planned Parenthood Federation*.

Pour K. le militantisme est tout à fait intégré à son travail et à son quotidien, il fait

tomber les barrières entre vie privée, engagement politique et vie professionnelle (Willemez, 2003). Mais ce « parcours militant » s'inscrit dans la biographie de chaque individu (Siméant, 1998, 2001). Pour E. et A., ce choix se manifeste en rupture avec l'éducation reçue et avec la revendication de certaines valeurs comme le féminisme pour E. Pour K., l'engagement professionnel est également lié à ses convictions dès le début, d'abord avec les demandeurs d'asile et ensuite avec le planning familial. Ce travail a ainsi rencontré les objectifs personnels comme les attentes professionnelles :

« A : Oui, même plus ! Parce qu'il y a tout le côté pluridisciplinaire, mais aussi, le fait que dans une journée, surtout pour les AS, t'as tout ! T'as des réunions, des entretiens individuels, des animations, des tâches administratives, donc c'est assez complet. Ça touche un petit peu à tout, avec des trucs un peu plus psy, juridiques, médicaux, et comme je n'ai jamais réussi à me décider sur un truc bien précis, ben c'est bon en fait... Mais oui, c'est ça, c'est assez varié et donc je trouve ça pas mal !

E : Oui, c'est-à-dire, moi il y avait une chose que je ne voulais pas, c'est travailler comme AS avec l'usager en face de moi, tu vois. (...) Ici, je trouve qu'on rencontre vraiment, tout le monde, de toutes les cultures, de tous les milieux sociaux etc., et je trouve que ça te donne un échantillon de la société, une vue comme ça de la société, mais vraiment, je crois... De manière beaucoup plus réelle. » (A. et E.)

A et E. décrivent leur travail comme stimulant, touche à tout et varié. Elles mentionnent un contact, une proximité avec les gens et ont l'impression de pouvoir réellement aller à la rencontre des usagers. E. parle d'un travail de terrain qui la satisfait et qui lui permet d'aller à la rencontre de milieux sociaux et de cultures qu'elle n'aurait peut-être pas eu l'occasion de rencontrer autrement. Il semble que cela l'enrichisse personnellement. Nous sommes donc face à des travailleuses intéressées et motivées. Toutes ont aussi souligné l'intérêt à travailler sur l'intime et la vie sexuelle et affective. Elles mentionnent le contact privilégié avec les usagers qui en découle :

« E : C'est-à-dire, que à cause de cette demande là... 'fin, comme on travaille sur la sexualité, je trouve, que oui, c'est l'intime, et donc on va vite dans l'intimité, on va vite droit au but, au lieu de faire, tout le tour mille fois avant d'arriver à quelque chose... Et dans le pré (premier entretien dans la demande d'une

interruption volontaire de grossesse¹⁵), *particulièrement !*

I : Oui ! Et justement, dans le fait d'aller droit au but, est ce qu'il y a des fois où vous vous sentez un peu indiscrete ? Par le fait d'aller directement à l'intime de la personne ?

A : Non, parce que je crois qu'on le fait avec prudence quand même... Si à un moment donné, on voit que cela dérange, ça nous arrive parfois de dire « oui, ce sont des questions un peu particulières, mais voilà ... ». J'essaye d'expliquer que si ça va trop loin, elles ne sont pas obligées de répondre à tout non plus... Les gens viennent... Ils savent pourquoi... Ils savent ce qui va se passer.... Et donc, ils ne sont en général pas très surpris.

E : C'est plus, s'ils ne veulent pas parler, je me dis ok, ils veulent pas parler, je respecte ça ! Ils ne veulent pas dire, voilà.

A : Si on voit qu'il y a un malaise, on ne va pas plus loin, on s'arrête... On voit où la limite se trouve... ». (A., I. et E.)

Elles soulignent toutes les deux l'intérêt de leur fonction et le rapport privilégié avec lequel elles entrent en communication avec les usagers. Elles mentionnent aussi l'importance de connaître et reconnaître les limites à ne pas dépasser dans la demande d'informations, puisque le sujet qui amène les usagères reste très intime. Selon, elles, il est fréquent que les patientes pressentent les questions qui leurs seront posées. Pour K., c'est alors la source de réponses évasives qui peuvent cacher une réalité qui ne rentrent peut-être pas dans le cadre de ce qui est reconnu par la biomédecine d'où l'intérêt de pouvoir s'informer et rentrer en communication avec ces personnes. Cela permet aussi d'éviter un rapport hiérarchique avec une imposition de certaines méthodes.

« Oui, je ne sais pas si tu connais ceci. Je vais te le montrer. C'est une brochure dans 14 langues, sur la contraception. Et qui est vraiment très bien faite et on donne aussi de plus en plus ces brochures pour que la femme lise à son aise à la maison pour ne pas devoir faire un choix à la consultation... Parce qu'en fait il y en a beaucoup que si le médecin propose... Pour vous le stérilet ou que... elles n'osent pas dire non. Et donc on a quand même vu régulièrement qu'elles sont d'accord pour la pose d'un stérilet et puis elles vont chez quelqu'un d'autre pour le faire enlever... hein... Et c'est vraiment, c'est dans 14 langues différentes. C'est

¹⁵ En France, la loi Guigou du 4 juillet 2001 a apporté des modifications à loi de Veil de 1975, notamment au niveau de l'entretien pré-IVG. Celui-ci reste obligatoire pour les femmes mineures, il ne les plus pour les femmes majeures à qui il est par contre « systématiquement proposé ». Il reste obligatoire en Belgique.

dans le milieu du planning familial que ça a été rédigé, donc on sait que c'est des explications fiables et voilà.... En général, elles accueillent bien cette petite brochure, mais bon, c'est peut-être aussi pour faire plaisir, mais en tout cas c'est dans leur langue que s'est rédigé. ». (K.)

K. met en avant de façon spontanée le rapport hiérarchique qui peut être rencontré dans les consultations médicales que ce soit au planning familial ou ailleurs. Par ses dires, elle rend compte de sa connaissance de ce phénomène et de sa volonté d'essayer d'éviter cette imposition hiérarchique d'une solution qui semble être celle que le soignant trouve optimale mais qui n'est pas forcément reconnue comme telle par l'utilisateur. Les différents témoignages montrent une volonté et un intérêt pour la connaissance et la rencontre de l'autre, l'utilisateur, le patient. Ce point me semble essentiel dans le mode d'agir ensemble qu'est le lieu de la consultation.

Ce dernier témoignage permet de faire le lien avec ce qu'ont exprimé les usagères par rapport à leur demande et à la compréhension qu'elles ont ressentie, ou pas, de la part du soignant.

[Rapport des usagères à la consultation en planning familial](#)

Le rapport à la consultation a changé depuis 2002 avec l'entrée dans la loi du « consentement éclairé ». Ce dernier a-t-il permis une autonomisation de l'utilisateur ? Une prise de décision dans ces choix de santé en toute connaissance de causes ? Peut-on observer une modification du rapport soignant-soigné ?

Le rapport au soin et la relation soignant-soigné a été formalisé par Ezekiel J. Emanuel et Linda L. Emanuel (1992) et repris par Schewer (2014, *op.cit.* : 34-35). Ils ont établi une typologie qui se fonde sur le pouvoir entre malade et médecin et propose quatre idéaux-types :

Le premier est le modèle « paternaliste » où le médecin sait ce qui est bien pour le patient et décide pour lui en cherchant son consentement. La domination médicale est ici assumée. Le second est le modèle « informatif » où le médecin fournit des informations sur le diagnostic et les options thérapeutiques mais laisse le malade décider.

Le troisième est le modèle « interprétatif » où le médecin se donne pour objectif d'amener le patient à l'aide d'informations appropriées à faire un choix thérapeutique aussi proche possible de ses préférences personnelles. Le résultat est une coproduction.

Enfin, le dernier est le modèle « délibératif » où le dialogue entre le médecin et le patient met en perspective et interroge les préférences de ce dernier en les situant par rapport à son mode de vie. Il est vu comme le modèle idéal et conduit à une décision partagée.

Je présente ces quatre modèles car ils correspondent bien aux différentes configurations des consultations. On retrouve ces modalités d'interaction en consultation tant dans le témoignage des soignants et ce qu'ils tentent de faire ou choisissent de ne pas faire, et chez les patients dans leurs témoignages des retours de consultations. Mon but n'est pas ici d'assigner un modèle à chaque témoignage mais simplement d'avoir une réflexion sur les différentes modalités de relation ou de « mode d'agir ensemble » dans une relation soignant-soigné.

Les différents entretiens ont permis de témoigner des différentes façons d'entrer en relation dans le rapport soignant-soigné, ils permettent aussi d'objectiver l'autonomisation assumée ou pas des usagers du planning. Ainsi, F. présente de la façon suivante sa démarche de consultation : *« Je voulais me renseigner sur le stérilet hormonal, parce que j'ai entendu dans mon entourage que beaucoup de gens utilisaient ce type de contraception. Je voulais demander des informations sur comment ça fonctionnait etc. pour trouver une alternative à la pilule, parce que j'ai pris la pilule avant mais ça ne me plaît pas et j'avais envie de changer. »*.

F. est déjà informée au moment de s'asseoir face au médecin en consultation. Elle a demandé l'avis de ses proches, s'est peut-être aussi renseignée sur internet. La méthode qu'elle utilise actuellement ne lui convient pas ou plus, elle fait donc la démarche de consulter. F. est active dans sa démarche de soin. Elle vient chercher les renseignements qui lui manquent en consultation mais elle s'est déjà fait une première idée. Nous avons déjà vu que F. n'a pas l'impression d'aller chez le médecin lorsqu'elle va chez le gynécologue. Elle semble s'adresser d'égal à égal avec le soignant et est dans une demande d'échange plutôt que d'enseignement paternaliste.

Pour d'autres, comme J., la demande de renseignements est plus importante, le choix n'est pas fait, le questionnement est complet : *« J'avais été la voir pour un examen gynéco et puis j'avais posé des questions par rapport à la pilule, arrêté, pas arrêté, je ne sais plus tout à fait. »*.

Ce témoignage se rattache à celui de S2. pour qui la consultation est un lieu de partage d'informations. Elle vient chercher les informations en consultations et souhaite que le

soignant y réponde en prenant en compte sa demande personnelle, ce qui semble d'ailleurs assez logique : *« Donc je trouvais que c'était un peu, c'est un peu, chaque médecin est différent mais moi je trouve que à la base, tout le monde doit avoir les mêmes connaissances au niveau de la contraception, quel que soit le problème et que l'on vous dise « voilà les possibilités » et puis peut être le médecin « moi je ne sais pas ou je ne peux pas faire ça mais je peux vous référer à un autre médecin qui peut le faire ». Par exemple ma gynécologue n'a jamais fait comme ça. ».*

Il est important pour S2. que le soignant connaisse ses limites et puisse déléguer si un geste plus indiqué qu'il n'est pas en mesure de produire puisse être utile pour l'utilisateur. Elle regrette que cela n'ait pas été fait pour elle et qu'elle ait erré entre différents médecins et différents moyens contraceptifs. Elle ressent une incompréhension et un manque d'écoute malgré un suivi minutieux des prescriptions tant médicales que préventives de sa part.

B. témoigne de la même façon concernant sa pilule :

« Et moi, j'avais dit que j'ai pas besoin parce que j'ai un problème d'anxiété, je prends des traitements psychologiques, donc, en plus, j'ai pas un copain avec qui je suis normale... Ça m'arrive, je peux rester ici des années et puis deux fois sur l'année d'avoir le rapport, donc je suis pas intéressée. On m'avait déjà prescrit les pilules, mais j'ai pris de poids, j'ai arrêté. Je pensais que c'était les médicaments que je prends avec la psychologue, c'est ça ? [...] Donc je suis venue maintenant, elle m'a parlé comme la dame qui m'avait donné la pilule du lendemain, elle avait mis sur l'ordinateur, peut-être je devrais l'avoir, c'est le généraliste, donc elle m'a parlé des pilules, je lui ai dit « oui, je prenais ça avant quand j'étais au centre d'accueil... Je prenais les pilules ». Je lui ai dit que j'ai arrêté parce que je suis pas trop intéressée pour le moment. Elle m'a conseillé de prendre toujours.... Je lui ai dit que la pilule que je prenais avant... Elle m'a dit pourtant, ça fait pas grossir. Elle m'a dit toujours de continuer sur ça. Après elle m'a prescrit la même pilule que je prenais. Mais j'ai pas acheté encore, j'ai l'ordonnance, j'attends... [...] Oui, je vais la prendre... Mais au fait, je me dis que je fais des rapports pas souvent, donc... Ce n'est pas très utile pour le moment ! ». (B.)

B. est venue au planning familial pour chercher une pilule du lendemain. Suite à cette demande, l'accueillante lui a donné rendez-vous avec une médecin généraliste. Dans une logique de prévention, celle-ci lui a prescrit une pilule à prendre tous les jours, ce

qui ne correspond en fait ni aux envies de B. ni à son style de vie actuel. Elle ne nie pas avoir besoin d'une contraception mais je comprends en filigrane qu'elle préférerait un moyen qui serve au moment où elle aurait un rapport. La pilule lui semble plus logique dans une relation continue. Or, il a été démontré qu'une contraception non adaptée était une raison de devoir recourir à une interruption de grossesse car il y avait un risque important d'échec (Moreau, 2011). On perçoit également dans le témoignage de B. la soumission à la prescription médicale même si elle ressent que celle-ci n'est pas adaptée et ne lui convient pas. Elle dit aussi qu'elle va aller acheter et prendre cette pilule mais on sent que l'envie n'y est pas et que les arguments du médecin n'ont pas été convaincants. L'autonomie de B. sera respectée si elle ne va pas chercher la prescription, la discussion n'a pas eu lieu dans la consultation. Cela rejoint ce que K., comme psychologue, constatait et la nécessité d'une information et d'une écoute cohérente de la demande de l'utilisateur.

Pour D1. le choix est fait, elle ne va en consultation que pour mettre à exécution son choix contraceptif. Elle a une attitude responsable par rapport à sa santé sexuelle et semble bien au courant des recommandations des précautions à prendre : *« Ca fait quatre ans que je me dis que je dois mettre un stérilet et chaque fois je reporte et je fais pas très attention. Et donc là je me suis dit que, j'ai un copain etc., que c'est un peu plus stable, histoire de me simplifier les choses... j'ai attendu autant de temps parce que jusque-là j'utilisais les préservatifs, parce que j'ai vraiment pas envie de tout ce qui est hormonal, ça je voudrais éviter, et du coup, bon, la solution du stérilet en cuivre, c'est quand même ce qui s'imposait, mais j'ai mis un peu de temps pour me décider... »*.

D2. est allé chez le gynécologue car elle ne souhaitait plus d'enfant. Le médecin lui a proposé le stérilet et cela lui convenait comme proposition. Le médecin a suivi les recommandations de la norme contraceptive¹⁶ qui dit qu'une fois que le nombre d'enfant souhaité est atteint, on propose le stérilet : *« Je ne veux plus avoir d'enfants, j'ai trois enfants déjà, j'ai 40 ans, c'est bon quoi. Quand je suis passée, le gynécologue m'a proposé, j'ai pas hésité. J'ai répondu oui, je vais prendre le stérilet. »*

Dans ces deux cas, la relation entre le soignant et l'utilisateur a été satisfaisante. La compréhension de la demande, l'écoute a permis d'arriver à un accord avec la satisfaction de l'utilisateur, et certainement, du soignant.

¹⁶ Recommandations au niveau de la contraception en fonction de l'âge et de la parité de l'utilisatrice.

D'autres femmes interrogées regrettent que les gestes posés durant la consultation ne soient pas souvent expliqués et soulignent la satisfaction de savoir ce qui se passe quand le soignant explique ce qu'il fait. C'est le cas pour J. : *« Maintenant, tous les dépistages gynécologiques qui sont liés, ben pas forcément... je savais pas qu'il y avait différents types de frottis... Maintenant lesquels on m'a fait auparavant... On me les a faits sans me les expliquer, ça c'est dommage. C'est la première fois que j'entendais ça de façon plus stricte avec quelqu'un qui prenait le temps aussi de m'expliquer, les transmissions, les différents modes, les différentes choses... [...] Maintenant à moi de savoir comment ces méthodes peuvent être adaptées ou pas, et ce que ça change ou pas... ».*

Ces différents témoignages démontrent l'envie d'échanger, de s'informer, d'être entendue. Ils signalent aussi l'importance de s'adresser au professionnel pour une demande d'information concernant la contraception. La demande au niveau du « mode d'agir ensemble » va vers une consultation partagée où effectivement, il y a une demande à un professionnel du sujet. On remarque que les usagers sont informés, et qu'ils demandent à ce que cela soit entendu. Du côté des professionnels, ils sont conscients qu'il y a des impositions hiérarchiques mais ils semblent se concentrer pour faire en sorte que le contraceptif corresponde à la demande et à la vie de la patiente. Le fait de s'adresser dans la langue de la patiente, tant au niveau de la consultation qu'au niveau des documents remis, en est la preuve. De plus, on sent une envie des travailleurs de rentrer en contact avec les usagers. Cela n'est peut-être pas toujours réussi, comme on le voit dans certains témoignages où la demande n'a effectivement pas été entendue. Mais il semble que de part et d'autre l'envie de se rencontrer, d'échanger soit présente.

Je dois mentionner que les travailleuses interviewées sont soit assistante sociale, soit psychologue, elles travaillent à l'accueil du planning familial ou réalisent des consultations psychologiques. Les usagères parlent de façon privilégiée de leur relation avec les médecins rencontrés. Cela démontre peut-être une différence de perception dans la relation aux patients en fonction du poste occupé au sein du planning familial.

Je rajouterai un point pour clôturer ce chapitre qui est l'importance de ne pas essentialiser la différence que ce soit au niveau de l'origine géographique mais aussi de l'appartenance à une catégorie sociale comme on l'a vu dans les consultations rapportées par Fainzang.

Agir ensemble permet de se nourrir des différences de chacun et permet d'entrer en communication, K. semble l'avoir bien compris.

Les éléments développés dans ce chapitre permettent d'introduire le chapitre suivant qui traite de la contraception dans un entre-soi féminin. En effet, nous avons ici étudiés la relation et l'échange entre soignants et soignés, mais il ne s'agit que d'une partie des échanges autour de la contraception. Quels sont les sources d'informations concernant la contraception ? Avec qui les usagères échangent-elles ? Pourquoi les travailleurs de planning familial sont-ils majoritairement des femmes ? Y a-t-il un entre-soi féminin concernant la contraception ?

Entre-soi féminin et contraception

La contraception, comme nous l'avons vu, reste un objet féminin. Nous en avons parlé dans la partie réflexive et dans celle sur la position de la femme chercheuse dans le milieu du planning familial, mais aussi dans le contexte historique du développement de ce dernier. Par ailleurs, j'avais mentionné que toutes les personnes recrutées étaient des femmes, tant au niveau des travailleurs que des usagers du planning familial (Spencer, 2009). Ce sont elles qui m'ont soumis leur point de vue sur la contraception. J'avais par ailleurs souligné qu'il était considéré comme « logique » de prime abord que ce soit un sujet soumis par une femme et discuté entre femmes (Mallon, 2014). Cette thématique avait été abordée dans la partie réflexive, avec une digression sur la pilule masculine et le préservatif féminin, et je souhaiterais pouvoir poursuivre la réflexion dans ce chapitre avec les apports des informatrices. Tout d'abord, en interrogeant la place des hommes dans le planning familial : est-on réellement dans un entre-soi féminin ? Ensuite, je souhaiterais pouvoir sortir du cadre médical et du planning familial en interrogeant les discussions informelles autour de la sexualité et de la contraception. Avec qui ont-elles lieu ? Quelle est la place de la famille et de ses traditions, notamment religieuses, dans ces échanges ? Et enfin, alors que ces discussions semblent a priori se dérouler dans un entre-soi féminin, quelle est la place des éventuels conjoints dans le choix contraceptif ? Cela permettra de développer cette analyse des représentations de la contraception en allant au-delà du secteur professionnel et en tentant d'aborder, selon le modèle de Kleinman (1980), le secteur traditionnel et le secteur populaire. Il me semble difficile de pouvoir m'exprimer de façon exhaustive sur ces deux derniers parce que mon terrain s'est déroulé uniquement dans un lieu appartenant au secteur professionnel, mais cela ouvrira les perspectives de réflexion. Cela permettra aussi de percevoir d'où viennent les questionnements des usagers et d'appréhender le discours populaire autour de la contraception. Nous nous engagerons dans une décentralisation du propos ce qui offrira un autre point de vue sur la contraception, dans les discussions informelles, dans l'entre-soi familial et amical. Cela permettra d'effleurer les itinéraires thérapeutiques (Benoist, 1997) et les sources d'informations sur le sujet de la sexualité et de la contraception. Nous commencerons par la place des hommes au sein du planning familial avant de sortir de celui-ci et du milieu biomédical. Nous étudierons la contraception dans l'entre-soi féminin et la place de l'éventuel conjoint dans les prises de décision concernant celle-ci. Dans quelle mesure est-il impliqué dans ces choix contraceptifs ?

Quel est la place des hommes au sein du planning familial ?

Le travail en planning familial fait partie des fonctions de type *care*, un travail plus souvent assumé par les femmes dans beaucoup de sociétés. Les femmes sont en effet en première ligne par rapport au travail de soins que ce soit au sein du foyer (Desclaux, 1996), mais aussi en dehors. Les aides-soignantes, les infirmières sont plus souvent des femmes. Elles sont dans un soin qui est proche du patient, du malade, de l'enfant. Le planning familial peut également être considéré comme un soin de proximité si on le compare à la structure hospitalière. C'est une structure, comme nous l'avons déjà dit, qui se veut proche de l'usager. Pour cette raison et à cause de son histoire, il semble donc logique que les femmes aient une place plus importante au sein du planning familial.

De plus, l'argument souvent exprimé, tant du côté des usagers que des travailleurs est que pour parler de la sexualité des femmes, il vaut mieux être face à une femme ou être une soignante femme. Ainsi Guyard rapporte que « les gynécologues femmes construisent leur appartenance au genre féminin comme compétence professionnelle en affirmant, en outre, être plus à même d'établir une relation de confiance avec les femmes que leurs collègues masculins. » (2014 : 106). Dans l'histoire du planning familial, on remarque effectivement de nombreuses femmes telle que Margaret Sanger aux Etats-Unis ou les Dolle Mina en Flandre, les Marie Mineure en Wallonie et le Mouvement français pour le planning familial qui s'est d'abord appelé la « Maternité heureuse ». En Belgique, il faut cependant souligner que la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse a fait suite au procès du gynécologue Willy Peers, soutenu par l'Université Libre de Bruxelles, c'est-à-dire un milieu plutôt masculin. En planning familial et en gynécologie, il y a toujours eu des médecins hommes et il semble que le nombre de ceux-ci augmente lentement mais sûrement en planning familial. Au planning familial d'Etterbeek, ils sont actuellement trois, c'est-à-dire deux de plus qu'il y a cinq ans dans une équipe de treize personnes. Ils occupent des places de médecin, de psychologue ou d'assistant social. Ils semblent bien accueillis par les travailleurs, et leur présence semble logique. Mais les usagères du planning familial émettent parfois la demande d'être vue en consultation médicale par une femme médecin plutôt que par un homme. Cette demande est fréquente chez les femmes de culture familiale musulmane et certainement encore plus fréquent si le compagnon est présent lors de la consultation. Si le médecin disponible est un homme, il peut y avoir

un refus et la demande d'un nouveau rendez-vous. Cela arrive en consultation de gynécologie mais aussi de médecine générale. Pour le reste, il semble que ce soit de l'appréciation de chacun et que cela dépende davantage du contact de personne à personne, et il est clair que certaines femmes ne préfèrent pas être suivie ou consultée par un médecin homme dans le cadre de la consultation gynécologique. Du côté des travailleuses, l'accueil est généralement chaleureux pour les collègues masculins mais de nouveau, il semble qu'il y ait aussi une question de génération. Ainsi, la jeune génération de travailleuses voit de façon positive l'arrivée d'hommes dans les équipes, cela semble un peu différent pour celles qui sont présentes depuis le début du mouvement. Malheureusement, je n'ai pas été en mesure de les interroger et ne peux donc développer ce sujet.

Il semble donc que le monde du planning familial soit ouvert à l'arrivée des hommes au sein de sa structure. Ceux-ci sont de plus en plus nombreux dans le travail du *care*. Au sein des foyers, le père semble doucement prendre une place plus importante dans certains pays, concernant l'éducation et les tâches domestiques, notamment dans le nord de l'Europe (Fouquet, Gauvin, Letablier, 1999). Dans les institutions, le nombre d'hommes dans la fonction de soins infirmiers augmente et le nombre de femmes médecins aussi.

Tout cela semble annoncer des modifications dans le rapport des genres au niveau du travail du *care* pour l'avenir et il sera intéressant de suivre cette évolution. Il est clair que nous parlons d'un contexte particulier qui est le secteur du soin en Belgique et plus particulièrement le planning familial. Je n'affirme d'aucune façon ici que l'égalité homme-femme dans le secteur professionnel soit présente car même si la tendance est à un discours optimiste, la réalité mondiale montre aussi de nombreuses difficultés (Falquet, 2006). Je pense que des modifications se produisent dans le rapport entre genre dans le secteur de soins et que cela pourrait annoncer des modifications dans le rapport entre soignants et entre le secteur de soins et les usagers.

Nous allons à présent sortir du planning pour observer ce qui se dit et comment à propos de la contraception en dehors du planning familial.

[La contraception : un objet par les femmes pour les femmes ?](#)

La contraception est un sujet de discussion privilégié en planning familial mais il est important de se rendre compte, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur la

hiérarchisation du lien soignant-soigné, que tout ne se joue pas en consultation et que les discussions se passent aussi en dehors du cabinet. Ce qui se dit en consultation et dans le cadre biomédical a été développé de façon privilégiée dans ce travail pour plusieurs raisons : ma position de chercheur, qui est particulière et dont nous avons discuté auparavant, et le choix du lieu de la recherche. Il me semble donc important, dans ce dernier chapitre, d'élargir le point de vue et de découvrir d'autres possibles qui pourront être formalisés en pistes de réflexion lors de la conclusion.

Ainsi, K. m'expliquait avoir fait une pré-étude qui portait notamment sur la transmission familiale des connaissances à propos de la contraception dans le cadre de la famille au planning familial d'Ixelles¹⁷. Voici ce qu'elle en dit :

« Un peu à notre grande surprise, y'en avait pas mal qui disaient qu'elles n'avaient aucune idée de ce que faisaient leurs mères par exemple. Parce que la contraception, on en parle pas en famille.... Et là, on s'est dit, on se rendait compte, que cette transmission, de mère-fille, est moins grande qu'on croit.... Mais peut-être, s'il y a une famille élargie autour, on parle plus facilement [...] avec une tante, une cousine, une... et ça, ça nous avait vraiment frappé qu'elles ne savaient pas dire ce que leur mère utilisait comme moyen de contraceptif. Mais par rapport à la meilleure amie, là oui, on savait dire des choses. ». (K.)

Il semble donc que la transmission ne se fasse pas dans la famille nucléaire mais plutôt avec la famille élargie ou les amis. L'étude de K. s'est faite au planning familial d'Ixelles dans un contexte particulier au niveau de la sélection de la population puisqu'il se situe dans le quartier Matongé. Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne que nous avons interrogée corroborent-elles cette constatation ?

Pour B., il n'est pas question de parler de contraception ou de sexualité avec sa famille nucléaire ou élargie : *« On ne peut pas parler de ses affaires là, non... Tu ne peux pas parler de ça chez nous, chez ma famille. Tu es marié, tu dois faire des enfants. Parce que chez nous, on marie, on s'épouse réellement pour faire des enfants, donc tu ne peux pas parler de ça. ».*

La sexualité s'inscrit comme nous l'avions dit dans un cadre marital et dans ce cas, il y a une valorisation des enfants qui arrivent : *« Très important l'enfant chez nous, oui !*

¹⁷ Evaldre, Mernier, Mokrane, In't Zandt, Nasello, Salomé, Busogoro, Perez. Qui a peur de la contraception. Observation des éléments de choix contraceptifs dans une population de femmes se présentant avec une demande d'IVG à répétition à la Free Clinic. Approche de l'impact du travail préventif entrepris. Juin à septembre 2005.

Peut être ici, je ne sais pas comment ça se passe, mais je sais que quand tu es mariée là-bas, il attend toujours que tu es enceinte, il attend ! ». La grossesse est un but du mariage, elle est attendue tant par la famille que par le mari. Son importance exprime le devoir que la femme a de tomber enceinte et le risque de répudiation en cas d'échec. La stérilité reste imputée à la féminité (Héritier, 2002 : 140). Mais B. me dit aussi que c'est comme cela que la situation est chez elle, dans sa famille, elle ne sait pas comment cela se passe chez les autres. La situation est différente pour A. dont la famille est sénégalaise et de confession musulmane, elle est née en Belgique. Elle me dit ne pas avoir spécialement avoir discuté de contraception avec sa famille mais elle précise être la fille aînée. Elle connaît cependant les contraceptifs qu'utilisent les membres féminins de sa famille. La religion pour elle n'a pas influencé ni ses choix contraceptifs, ni sa sexualité et elle précise que c'est la même chose pour sa famille. La contraception a réellement été envisagée de façon séparée d'avec la foi. Pour D2. originaire du Togo, qui a rejoint son mari en Belgique à 23 ans, la contraception a été envisagée au moment où elle ne voulait plus d'enfant : *« Ah, je ne sais pas quoi dire... Je n'ai jamais utilisé de préservatif ou de contraception, non... Je ne me suis jamais posée cette question-là avant. »*. Elle est infirmière et met en avant d'une part ses études d'infirmière dans l'information reçue par rapport à la contraception et ensuite l'échange avec les amies. D2. est catholique mais ne mentionne pas d'influence non plus de la religion sur son choix de contraception : *« Oh non, surement pas ! (Rires), parce que après tout, je fais ce que je veux non ? »*. Donc, pour D2. aussi ce rapport à la sexualité et à la contraception est séparé de la foi. La discussion se fait avec les proches, avec les amis parfois, mais, semble-t-il rarement, avec la famille.

Qu'en est-il pour les informatrices d'autres origines ? Perçoit-on une différence dans l'approche de la sexualité ?

Il apparaît que les questions ne se posent que rarement en famille mais par contre, il semble que ce soit un lieu de confiance, un lieu de ressource. F. l'exprime : *« Je ne dirais pas que c'est tabou, parce que ma famille est assez ouverte d'esprit mais je pense que c'est toujours difficile d'aborder ce sujet, de manière à pas être gêné, j'ai l'impression que si moi j'ai envie de poser une question, il y aura aucun souci à ce que je la pose. Mais moi on va pas me poser, ma famille, ma mère ne va pas me poser de questions à ce sujet. »*

F. connaît par contre la contraception de ses amies. Pour D1. aussi, le contact avec une amie est important : *« J'ai une amie qui est en train de faire ses études d'infirmière et*

qui donc me donnait son avis un petit peu plus abouti, et donc elle j'ai pas mal écouté ses conseils, et puis, ma famille. Et puis bon voilà, quand on n'a pas mal de gens qui vont dans le même sens. » (Concernant les hormones).

Les conseils de cette amie infirmière sont confrontés à l'avis de ses proches, de sa famille. Pour D1., la discussion semble se faire dans la famille et en-dehors de celle-ci de façon assez équilibrée. C'est aussi avec sa mère qu'elle est allée pour la première fois chez le gynécologue parce qu'elle l'avait mise au courant de ses premiers rapports. S1. met aussi en avant cet équilibre entre les échanges familiaux et extrafamiliaux : *« Je pense que je n'ai jamais vraiment posé de question ni à ma mère ni à mes amies.... C'est plutôt venu à moi, par des magazines, par des fascicules qu'on recevait à l'école en secondaire, des choses comme ça, mais avec ma mère et mes amies, c'était plus en parler comme ça, pas spécialement poser des questions »*.

Pour d'autres, le rapport avec la mère est important dans les questions de sexualité. Pour J., dont la mère est sage-femme, c'est une discussion avec celle-ci qui l'a lancée dans le suivi gynécologique et la contraception : *« C'était une discussion avec ma mère, le copain que j'avais à l'époque était plus vieux que moi, pas que ce soit, que ça a été lui le premier mais oui, à l'époque, il était plus vieux, et du coup ma mère m'a dit, voilà. [...] Ma mère est sage-femme et donc elle a, son expertise là-dedans. Elle est parfois envahissante... mais c'est vrai que c'était elle, mais aussi mes deux sœurs »*. Elle lie cette démarche avec ce que sa mère a vu professionnellement : *« C'est plus une précaution qu'autre chose, et en tant que sage-femme, vu les gamines qu'elle a vu accoucher... »*. Cela justifie pour J. que sa mère ait lancé la discussion sur la contraception. Pour elle, cette discussion intrafamiliale est même plus importante que ce que se dit avec les copines :

« Les copines, ben voilà, je sais celles qui sont sous pilule, celles qui ne le sont pas, celles qui sont contre.... Celles qui préfèrent les méthodes Tampax, ou serviettes ou petites poches écologiques... Mais c'est vrai que ce n'est pas un sujet de discussion en tant que telle la contraception. Si je veux en parler, alors je mets le sujet sur la table. Alors qu'avec ma famille, là aussi je vais mettre le sujet sur la table mais, ça viendra peut-être plus naturellement par une explication un peu de « j'ai fait ça », « j'ai pris ça » C'est plus spontané je dirais dans ma famille ». (J.)

Nous avons discuté de l'influence de la religion dans les choix contraceptifs mais aussi

dans la possibilité d'échange dans la famille. Est-ce que chez ces dernières, il y a eu une influence de la religion sur la contraception ?

La famille de J. est en cela particulière. Elle a réagi par l'étonnement lorsque je lui ai demandé si la religion avait une influence particulière dans sa famille. Elle se questionnait en effet sur le lien entre mon interrogation et avec la contraception : *« Alors, ma mère est catholique mais pas forcément pratiquante ni grande admiratrice, elle l'est plutôt par tradition qu'autre chose. Par contre mon père est un ancien prêtre. Il était prêtre en Belgique, il a été aumônier, il a géré des communautés ici en Belgique, mais... un jour il a rencontré ma mère, et puis son désir d'avoir des enfants plutôt que de s'occuper des enfants des autres est devenu plus grand, et voilà, je suis là ! (rires) »*.

Le contexte familial est aussi à noter. Sa mère est française et son père est italien. Ils se sont rencontrés en Belgique, y sont restés et ont trois filles. J. se définit comme européenne. Je lui ai alors demandé si son père était au courant de sa prise de pilule dès 14 ans et des discussions qu'elles avaient entre « filles », ses sœurs, sa mère et elle. Elle me répondit alors : *« Ça a beau être un homme de foi, c'est aussi un homme de sens d'une certaine façon. En tout cas, ce qu'il m'en a dit c'est que c'était ça aussi l'importance, de rester en connexion avec les personnes avec qui il avait à traiter et donc de rester à la page pour ce genre de chose. »*. Il lui semblait que celui-ci avait été mis au courant par sa mère mais puisqu'elle était la troisième de la fratrie, son chemin était déjà tout tracé.

Pour D1. dont la famille est portugaise, il me semblait le plus probable que la religion catholique ait pu avoir une influence sur la sexualité mais cela ne s'est pas révélé être le cas. Elle m'a répondu : *« Oui, mais nous on est bouddhistes ! »*. Sa réponse exprimait d'une certaine façon une autre conception de la sexualité que celle envisagée par le catholicisme.

La religion ne semble pas, pour toutes les personnes interrogées sauf B., avoir influencé leur vie sexuelle. Elle semble présente sans interférer sur le choix contraceptif. Le côté rationnel et pragmatique est très présent et exprimé tant par D2. que par J.

On remarque dans les trajectoires contraceptives l'importance de la relation intrafamiliale qui va initier le suivi gynécologique et, va envisager la nécessité d'une contraception. Cette dernière peut être envisagée dès le début de la vie sexuelle ou plutôt une fois que le nombre d'enfants désirés est atteint. La discussion autour de la contraception peut faire partie de sujets de conversation habituels et communs ou être totalement absente et faire partie des interdits. La religion semble peu influencer la

sexualité malgré sa présence plutôt prégnante dans certaines familles. L'amitié reste un recours indispensable dans les réflexions personnelles même s'il semble qu'à partir d'un certain âge, les choses soient dites et connues, et donc que le sujet semble dépassé.

Il ressort de ces extraits que des itinéraires et des parcours de vie totalement différents se croisent au sein du planning familial et qu'il reste très important de les interroger.

Quelle implication ont les compagnons dans le choix de la contraception ?

Nous avons présenté dans la partie réflexive les études de Desjeux sur l'implication masculine dans la contraception de leur compagne et les raisons mises en avant par Oudshoorn qui expliquaient pourquoi ceux-ci désiraient tester la contraception. Pour Desjeux, certains hommes s'impliquaient au quotidien dans la contraception de leur compagne par des petits gestes comme penser à la contraception, en soutien de leur compagne, ou proposer une aide financière à l'achat de la contraception. Pour Oudshoorn, les raisons de l'implication des hommes dans les études cliniques pour la mise au point de la pilule masculine se divisaient en trois registres : le partage des responsabilités, la répartition des risques et la distinction par rapport aux autres hommes. Je n'ai pas interrogé les utilisatrices sur leur réaction à une éventuelle pilule masculine, j'ai plutôt questionné la relation qu'avait le conjoint avec la contraception, si l'informatrice l'impliquait et comment, et s'il émettait un avis par rapport à la contraception utilisée ou choisie. Au vu de leurs réponses, il semble malgré tout que la contraception reste dans le domaine féminin. Ainsi, la réflexion de la contraception semble être individuelle comme l'exprime S2 :

« Non, c'est mon corps, c'est moi qui le gère. Sauf si je décide que je n'ai plus de contraception et alors, il faut prendre un préservatif et là, on en parlerait à deux.... Sinon, c'est ma décision à moi.... Si j'utilise un diaphragme, ça aussi j'en parlerais.... De toute façon, je vais en parler, quel que soit le système que je vais choisir, j'en parlerais avec lui mais c'est toujours ma décision. Après si c'est un diaphragme ou quoi, il faut mettre des spermicides, et tout, et puis il y a une petite interruption ou il faut placer le diaphragme avant (rires) et donc il faut aussi que je lui explique ça mais ça reste toujours mon choix, ma décision ». (S2.)

La contraception est envisagée comme un problème féminin parce que c'est le corps de la femme qui la supporte. Est-ce aussi parce que la grossesse, en cas d'échec de

contraception, se passe dans le corps de la femme ? S1. abonde dans ce sens : « *C'est un choix personnel mais aussi de couple. C'est-à-dire, bien sûr, au départ c'est ma décision puisque c'est moi qui tombe enceinte ou pas, mais en même temps, je suis en couple, donc ça regarde aussi mon compagnon.* ».

Lorsque la thématique avait été abordée précédemment, j'ai posé à certaines la question de savoir si leur compagnon possède un point de vue sur le fait qu'elles prennent ou non des hormones, la réaction est alors encore plus parlante.

Ainsi S1. qui envisageait la participation de son compagnon me répond : « *En fait, non, ça doit me regarder plus moi (rires) parce que si, je le vois mal dire ça mais s'il me disait « non, tu dois arrêter de prendre des hormones », ben ça ne regarde que moi donc...* ».

Et pour S2. : « *Je pense qu'il n'aime pas l'idée de prendre des hormones etc., il n'est pas très pour les médicaments, et donc il aime bien que les choses restent naturelles, mais bon... en même temps, il y a pas vraiment.... C'est pratique* ».

Pour ces deux informatrices, la réflexion et la prise de décision se passent de façon individuelle et elles en informent le conjoint par après. Lorsqu'il est mis au courant, il est parfois invité à collaborer afin que la contraception se passe bien, en cas d'utilisation du préservatif ou d'un diaphragme avec spermicide que citait S2. par exemple : « *Oui, à la limite, ce sont des choses, je vais lui en parler après, une fois que les choses sont mises en place !* ».

Concernant l'implication du conjoint pour les consultations de suivi gynécologique ou de paiement du contraceptif, je n'ai finalement posé la question qu'à S1, qui m'a répondu : « *Au début, il m'avait proposé de partager le paiement, et j'ai dit non, de toute façon c'est tellement minime, mais il me l'a demandé au départ.* ».

Dans les témoignages recueillis, on voit donc une implication des conjoints de deux manières différentes. D'une part, l'inquiétude qu'ils peuvent avoir pour la santé de leur compagne, notamment à cause de la prise de médicaments, comme le disait S2, d'autre part, certains proposent une participation aux frais inhérents à la prise de la contraception. Il ressort de ces témoignages que peu de place est faite aux compagnons, qui sont finalement informés une fois que la contraception est déjà mise en place. L'argument que la grossesse est une caractéristique féminine reste très prégnant. Le corps et la gestion de la contraception restent dans le domaine féminin même s'il semble qu'il y ait une envie d'implication de la part des compagnons.

Ceci termine la deuxième partie de ce mémoire qui a permis de développer les différents thèmes qui m'ont paru pertinents dans l'analyse des entretiens recueillis, des consultations observées et de la participation à la vie du planning familial. Les sujets traités et écrits suggèrent d'autres questions que je me permettrai de poser dans la conclusion.

Conclusion

Ce mémoire, à travers un terrain ethnographique en planning familial, a permis de parcourir des questionnements sur les représentations de la contraception, tant pour les usagères que pour les travailleuses de ce milieu.

D'abord envisagée comme une innovation technique, signe de libération du poids de l'ancestralité du devoir féminin, la contraception est devenue un objet potentiellement critiquable et effectivement critiqué. La remise en situation de l'innovation qu'était la contraception biomédicale dans les années 1960 explique ce changement de statut. La contraception est le fruit de la recherche biomédicale sous l'impulsion de mouvements féministes. La contraception a été imaginée comme « un levier symbolique » permettant de renverser la valence des sexes et la domination masculine (Héritier, 2002). Cette conception a largement été critiquée mais est restée prégnante me semble-t-il. Ainsi, lorsque j'entends que la pilule était effectivement un bon moyen de se libérer du poids de la conception, il me semble effectivement entendre une possibilité de libération des rôles féminins qui étaient classiques jusque-là. Cette libération des contraintes du corps féminin était considérée comme plus importante que les effets secondaires de la contraception hormonale, vue comme pratique et fiable. Avec le déclenchement de l'épidémie mondiale du vih-sida, la conception de la sexualité s'est modifiée, et le risque de l'acte sexuel a été mis sur le devant de la scène. La médicalisation de la sexualité s'est intensifiée avec la prescription d'utilisation du préservatif afin d'éviter la contamination, l'immersion dans l'intimité du couple s'intensifiait. La « crise de la pilule » a permis ou forcé les utilisatrices à prendre conscience du « risque » et des conséquences de la prise de celle-ci. Cette « crise de la pilule » est arrivée dans un climat particulier. Au milieu de scandales alimentaires, de prise de conscience environnementale, de mondialisation et libéralisation à l'extrême, ces révélations sur la pilule ont semblés être un coup de massue forçant à envisager, pour certaines, une autre manière de vivre sa santé.

La médicalisation du corps féminin semble, par tous ces événements, être envisagée de façon différente par les usagères. Le suivi gynécologique est perçu comme logique et totalement incorporé, mais par ailleurs, le soignant devient un interlocuteur pour les interrogations où autre chose serait possible. Il reste des adeptes de la contraception

hormonale, mais un virage s'opère vers d'autres solutions. La pilule est critiquée, dans les effets secondaires et les risques qu'elles entraînent, dans la contrainte d'une prise quotidienne, dans la pharmaceuticalisation qui la définit. Il est de plus en plus fréquent d'entendre le scepticisme des consommateurs (Van der Geest, Whyte, Hardon, 2002) par rapport aux médicaments manufacturés. Une demande de traitement plus naturel est fréquente et cela se ressent dans le rapport qu'ont les usagères des plannings familiaux à la contraception. Ce qu'il ressort de ces entretiens de façon générale sur la contraception, est une recherche de bien-être et d'harmonie tant au niveau de la perception corporelle, qu'intellectuelle et écologique. Cela ne s'est pas exprimé de la même façon pour toutes les informatrices, les préoccupations étant différentes pour chacune mais c'est ce que j'ai ressenti en filigrane. La contraception est un sujet qui semble important, tant au niveau des informations recherchées qu'aux questionnements qu'elle entraîne. Elle touche à l'intimité, au soi, au corps, à certains principes écologiques proches et plus globaux.

Ce travail affirme le caractère médicalisant et normalisant du suivi gynécologique et renforce ce qui est dit depuis de nombreuses années (notamment Martin, 1989 ; Guyard, 2014). Un mouvement semble en marche depuis la « crise de la pilule » de 2012. Cela avait été montré par une étude sociologique (Bajos et al., 2014) et me semble être confirmé par cette étude ethnographique. Il sera intéressant de suivre ce mouvement né de l'impulsion des usagers, et d'étudier l'adaptation ou la négociation par le milieu médical. Il s'agit d'une étude sur la contraception en planning familial qui s'intéresse au proche. L'intérêt d'une étude *in loco* est de comprendre des mécanismes qui soutiennent notre société, de caractériser à nouveau la culture biomédicale et de comprendre ce qui se passe au plus proche de nous. Cette étude est faite dans un milieu extrahospitalier qu'est le planning familial, dans un contexte particulier qu'est Bruxelles et la multiculturalité qui la caractérise. Par ailleurs, et de façon tout à fait personnelle, cette étude m'a permis d'avoir un autre regard sur le milieu où je travaille et j'agis. Mon regard est modifié, mes préoccupations et mes interrogations sont différentes, le contact à l'« autre » est ré-envisagé dans une perception plus globale et pluridimensionnelle. L'appréhension de la biomédecine comme système culturellement construit et situé élargit les possibles et complexifie le rapport à l'objet étudié.

La première partie de ce mémoire a formalisé ce système médical comme

culturellement construit en se basant sur les recherches de Byron Good sur les études de médecines (Good, 1998). Ce retour réflexif a permis de situer la position du chercheur et d'avoir un regard extérieur aux situations vécues. Cela a permis d'envisager l'analyse des relations hiérarchisées existant en planning familial, tant entre travailleurs qu'avec les usagers, de comprendre les raisons pour lesquels je présentais un frein au recrutement dans ma patientèle, et enfin d'envisager le rapport de genre présent tant au niveau de l'objet « contraception » que dans les rapports sociaux existants au planning familial. Avant ce retour réflexif, le contexte de la recherche et la méthodologie de celle-ci ont permis de poser les bases de ce travail. Ainsi, ce travail a été situé dans le courant de l'anthropologie de la santé, ou selon Desclaux « bioculturelle » (2012), mais aussi dans l'anthropologie du médicament. Par ailleurs, l'historique du mouvement du planning familial a été rappelé.

La deuxième partie a permis d'analyser les données recueillies lors du terrain ethnographique. Un rappel des dispositifs contraceptifs proposés dans le cadre d'une consultation en planning familial a été proposé. Cela a permis de définir les dispositifs et le vocabulaire courant utilisé dans le cadre de ce type de consultation.

Le premier chapitre a traité de la contraception hormonale et des modifications apportées par la « crise de la pilule » sur ce type de contraceptif. La place et les perceptions des travailleurs a été soumise dans ces modifications. Il sera intéressant de suivre cette tendance et la façon dont le milieu du planning familial et plus largement biomédical, s'adapte, ou pas, à ces nouvelles demandes de la part des usagers.

Le deuxième chapitre a envisagé le rapport du corps à la contraception. La conception du corps social a été étudiée dans son rapport à la contraception tant dans un rapport individuel que collectif. Ensuite, la modification du corps par la contraception a été analysée tant au niveau de la modification des menstruations, dans la suite des travaux de Martin (1989), mais aussi dans les questionnements par rapport à la fertilité. Ce chapitre s'est conclu sur les perceptions de la contraception implantable tant pour les usagers que pour les travailleurs.

Le troisième chapitre a permis de centraliser les propos recueillis dans les deux chapitres précédents et d'analyser la médicalisation du corps féminin. Cette médicalisation a été envisagée au niveau macrosocial par les politiques de santé publique et les campagnes de prévention et ensuite au niveau microsociale en analysant la consultation gynécologique et le rapport des usagères et des travailleurs au milieu médical.

La hiérarchisation du rapport soignant-soigné a été étudiée dans le quatrième chapitre en commençant par la mise en avant des motivations des soignants à choisir un poste en planning familial. Cela a permis de soulever différents points tels que l'envie d'être proche de l'utilisateur, de travailler sur l'intime mais aussi un souci de militance par rapport aux droits des femmes. La perception de cette hiérarchisation du rapport soignant-utilisateur a ensuite été mise en avant, du côté des patients par différents témoignages. La hiérarchisation pouvait être perçue dans les obligations de suivre la prescription médicale ou dans la contrainte de ce suivi, mais la relation pouvait aussi être perçue comme relativement égalitaire, dans un échange informatif.

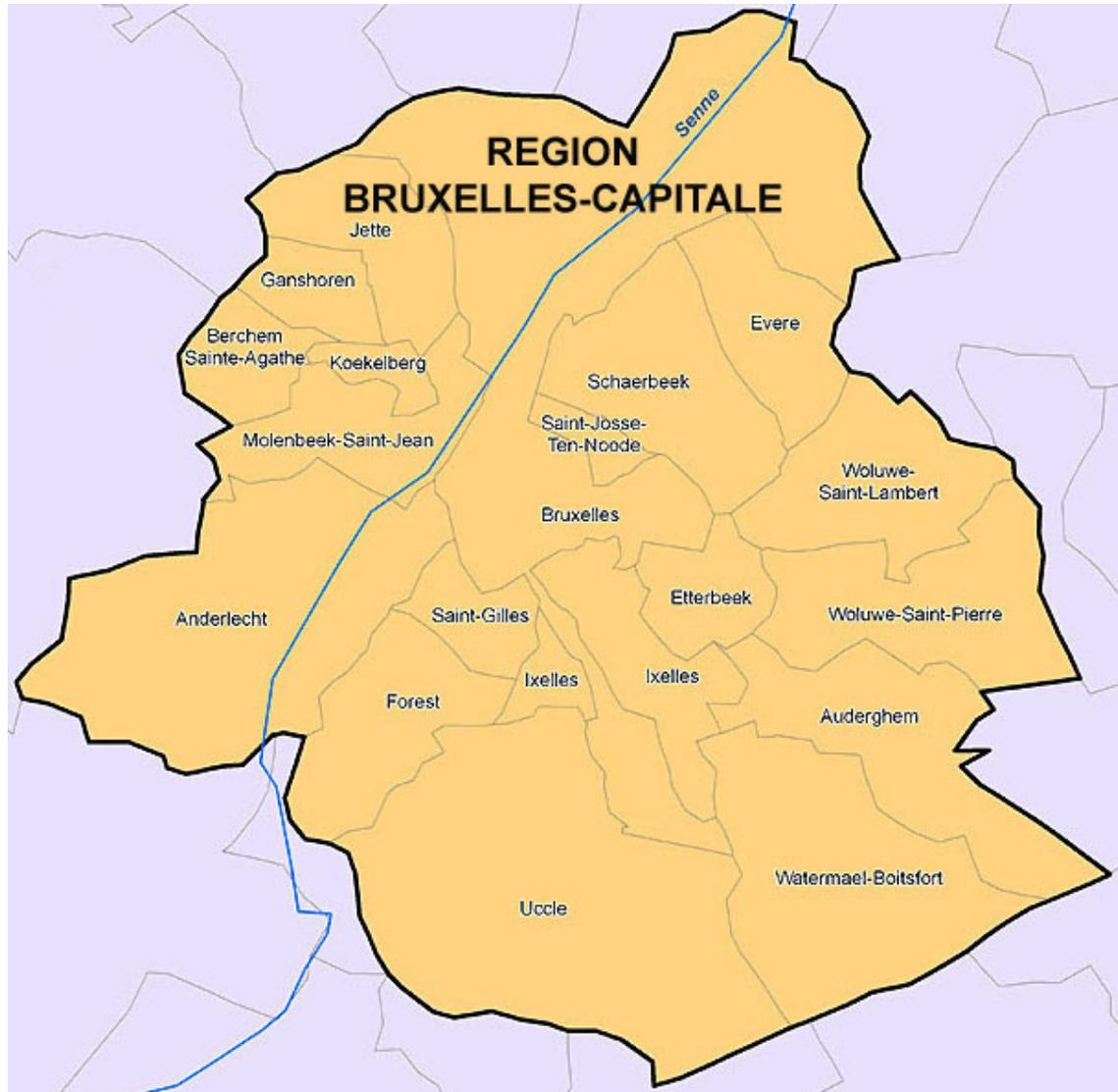
Le cinquième et dernier chapitre a traité de l'entre-soi féminin dans lequel sont perçus les échanges, tant dans le domaine médical qu'informel, à propos de la contraception. Cet entre-soi féminin a été remis en question par l'arrivée récente mais certaine de travailleurs au sein du planning familial et, dans la suite des travaux de Desjeux (2008, 2009), la place du compagnon dans la prise en charge contraceptive a été interrogée.

Cette recherche ouvre de nouvelles pistes de réflexion et de nouveaux sujets de recherches. Il serait intéressant d'approfondir les usages de la contraception dans toutes leurs complexités, c'est-à-dire biomédicales mais aussi traditionnelles, naturelles, etc. Il serait alors pertinent d'envisager un terrain en-dehors du cadre biomédical. Ensuite, il y aurait un intérêt à revenir à l'idée de départ d'étudier la contraception dans certaines communautés ayant connu un parcours migratoire. Le terrain pourrait être envisagée de façon multi située, en Belgique dans un cadre biomédical et en-dehors, mais aussi dans le pays d'origine à nouveau dans ces deux endroits. Cela permettrait peut-être d'étudier des itinéraires thérapeutiques, d'envisager les différentes ressources et les différents modes d'action et motivations sous-tendant les démarches.

A la conclusion de ce mémoire, l'intérêt et le questionnement est encore plus grand qu'au moment où le projet de recherche de terrain a été imaginé. La recherche ouvre les portes de mondes inconnus et permet d'envisager de nouveaux horizons.

Annexes

Annexe 1 : Carte de la région de Bruxelles-Capitale



[Annexe 2 : Feuille explicatif de la recherche à l'attention des usagers](#)

Dans le cadre d'une deuxième année de master en anthropologie, je réalise un travail sur la contraception. J'étudie les influences des origines géographiques et culturelles sur les représentations autour de la sexualité et de la contraception.

J'ai choisi d'effectuer cette recherche dans les plannings bruxellois, raison pour laquelle je m'adresse à vous. Je souhaiterais discuter avec vous de votre parcours de vie et de votre démarche autour de la contraception (la raison pour laquelle vous vous rendez en planning familial).

Cette démarche est tout à fait volontaire de votre part et ne comporte aucune obligation.

Par ailleurs, dans le cadre de ce travail, les données vous concernant seront tout à fait anonymisées. On retiendra que vous êtes un homme ou une femme, votre âge et le fait que vous avez été vu(e) dans un planning du sud ou du centre de Bruxelles.

Si vous êtes d'accord, vos coordonnées me seront transmises et je vous recontacterai par téléphone pour fixer un rendez-vous au planning.

Je vous remercie d'avance,

Ingrid Cecchi

Annexe 3 : Caractéristique des informateurs

Pseudo	Age	Sexe	Nationalité	Fonction	Travailleur/ usager	Contraception utilisée	Mode d'entretien	Confession
K.	-	F	-	Psychologue	Travailleur		De visu	
F.	21 ans	F	Belge	Étudiante dans le domaine artistique	Usager	Stérilet hormonal	De visu	
S2.	41 ans	F	Père d'origine anglaise, mère suédoise, a grandi en Belgique	Employée (?)	Usager	Pilule oestroprogestative en cours de changement vers pilule progestative	De visu	
B.	23 ans	F	Guinéenne	Sans emploi	Usager	Pas de contraception actuellement	De visu	Musulmane
D1.	19 ans	F	Portugaise, est née en Belgique	Étudiante	Usager	Stérilet en cuivre	De visu	Bouddhiste
S1.	33 ans	F	Père belge, mère algérienne	Enseignante	Usager	Pilule oestroprogestative	De visu	Athée
J.	29 ans	F	Père italien, mère française, se définit comme européenne	Chargée de projet/plaidoyer dans une ONG	Usager	Pilule oestroprogestative	Par téléphone	Famille catholique (père est un ancien prêtre)
D2.	40 ans	F	Togolaise	Infirmière	Usager	Stérilet en cuivre	Par téléphone	Catholique
A.	27 ans	F	Sénégalaise	Employée dans l'administration	Usager	Pilule oestroprogestative	Par téléphone	Musulmane
A.	-	F	-	Assistante Sociale	Travailleur		De visu	
E.	-	F	-	Assistante sociale	Travailleur			
S.		F					Absente au RDV	
O.		F					Absente au RDV	

Annexe 4 : Photos d'un cabinet de consultation en planning familial



Table d'examen gynécologique avec à la gauche l'appareil d'échographie et à la droite le paravent pour le déshabillage.



Bureau avec une chaise pour le médecin et deux chaises pour les patients. En arrière, le lavabo et l'armoire avec le matériel médical.

Bibliographie

- Affergan Francis (dir.). Construire le savoir anthropologique. Editions Presses Universitaires de France, Paris, 1999.
- Aïach Pierre et Fassin Didier (dir.). Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Editions Anthropos-Economica, 1994.
- Andro Armelle et Desgrées du Loû Annabel. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*, 4 (52), 2009, pages 3-12. <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2009-4-page-3.htm> consulté le 01/02/2016.
- Appadurai Arjun. Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Public Culture*, vol. 2, 1991, pages 1-24.
- Bajos Nathalie et Ferrand Michèle. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? *Sciences sociales et Santé*, vol. 22, n°3, septembre 2004.
- Bajos Nathalie et Ferrand Michèle. L'interruption volontaire de grossesse et la reconstitution de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 2006/1, n°61, pages 91-117.
- Bajos Nathalie et Bozon Michel. Enquête sur la sexualité en France. *Pratiques, genre et santé*. Editions La Découverte, 2008.
- Bajos Nathalie, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*, mai 2014, n°511.
- Bakass Fatima, Ferrand Michèle. L'entrée en sexualité à Rabat : les nouveaux « arrangements » entre les sexes. *Population 2013/ 1*, vol. 68, pages 41-65.
- Benoist Jean. Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? *Les classiques des sciences sociales* [en ligne], 1997. http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/reflexions_pluralisme_medical/reflexions_pluralisme_medical.pdf Consulté le 05/06/2016.
- Berlivet Luc. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention, pages 37-75 in Sous la direction de direction Fassin Didier et Memmi Dominique. *Le gouvernement des corps*. Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2004.
- Bigot Sylvie. Les escort(e)s, leurs clients et les effets d'une communication par internet in Monjaret Anne, Pugeault Catherine (dir.). *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques* Le sexe de l'enquête. ENS éditions, 2014, pages 237-248.
- Bouju Jacky. La vie quotidienne comme terrain, ou la valeur heuristique de l'implication de

- l'ethnologue-assistant technique en coopération in Leservoisier Olivier, Vidal Laurent (dir.). L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnologiques. Editions des archives contemporaines, Paris, 2007.
- Bourdieu Pierre. La domination masculine. Editions Seuil, 1998.
- Bozon Michel. La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes. INED, 2004.
- Bozon Michel. Sociologie de la sexualité. Éditions Armand Collin, 2005 (1^{ère} édition 2002).
- Bozon Michel. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans freins et la fille responsable. Agora débats/jeunesses, 1/2012, n°60, p. 121-134.
- Bozon Michel. Pourquoi médecine, sexualité et égalité ne font-elles pas si bon ménage ? Causerie Amades, Marseille, 5 novembre 2013.
- Butler Judith. La vie psychique du pouvoir. 2002 in cours de genre & sexualités, Université d'Aix-Marseille, Hérault Laurence, semestre 2, 2014.
- CBIP, Centre Belge d'Information Pharmaceutique. 2016. [http://www.cbip.be/fr/start consulté le 19/04/2016](http://www.cbip.be/fr/start_consulté_le_19/04/2016).
- Conrad Peter. Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology, vol.18, p. 209-232.
- Delvecchio-Good Mary-Jo, Farr Grant, Good Byron. Social Status and fertility: a study of a town and three villages in northwestern Iran. Populations Studies, vol. 34, n°2, Jul 1980.
- Desclaux Alice. De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant, 1996, pages 252-279 in Benoist Jean (dir.). Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Editions Karthala, 1996.
- Desclaux Alice et Levy Josph-Josy. Cultures et médicaments. Anciens objets ou nouveau courant en anthropologie médicale ? Cultures et médicaments, vol. 27, n°2, 2003, pages 5-21.
- Desclaux Alice. Les lieux du « véritable travail éthique » en anthropologie de la santé : terrain, comités, espace de réflexion ? Ethnographiques.org, n°17, novembre 2008 [en ligne] .<http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux> consulté le 20/03/2016.
- Desclaux Alice. Portrait de février : Alice Desclaux, médecin anthropologue. Liberté-e-s, blog Le Monde. <http://liberte-es.blog.lemonde.fr/2012/02/09/portrait-de-fevrier-alice-desclaux-medecin-anthropologue/> Consulté le 05/06/2016.
- Desclaux Alice et Egrot Marc (dir.). Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges. Edition l'Harmattan, Anthropologies et Médecines, 2015.

- Desjeux Cyril. Une occultation des pratiques masculines de contraception. *¿ Interrogations ?* n°6, juin 2008 [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/Une-occultation-des-pratiques>, consulté le 02/02/2016.
- Desjeux Cyril. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*, 4 (52), 2009, pages 49-63. <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2009-4-page-49.htm> consulté le 16/03/2016.
- Deverre Christian et Laminne Claire. Les systèmes agroalimentaires alternatifs. Une revue de travaux anglophones en sciences sociales. *Économie rurale*, n° 317, mai-juin 2010, <http://economierurale.revues.org/2676> consulté le 16 mai 2016.
- Dorlin Elsa, Fassin Eric. *Reproduire le genre*. Bibliothèque Centre Pompidou, 2010.
- Dufour Anne-Hélène. L'ethnologue et l'enregistrement du terrain. *Sonorités* n°4, 2002, pages 13-24.
- Dunn Frederick, Good Byron. Priorities for Research to Advance the Comparative Study of Medical Systems: Summary of the Discussion at the Final Session of the Conference. *Social Science and Medicine* 12:135-137.
- Fainzang Sylvie. De l'autre côté du miroir. Réflexions sur l'ethnologie des anciens alcooliques in Ghasarian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux. Editions Armand Collin, Paris, 2002, pages 63-71.
- Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades : information et mensonges*. Ethnologies Presses Universitaires de France, 2006.
- Falquet Jules. Hommes en armes et femmes « de service » : tendances néolibérales dans l'évolution de la division sexuelle et internationale du travail. *Cahiers du genre*, n° 40, 2006/1, pages 15-37.
- Fassin Didier. *Pouvoir et maladies en Afrique*. Edition PUF, 1992.
- Fassin Didier. Entre politiques de la vie et politiques. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et sociétés*, 24, 1, 2000, pages 95-116.
- Fassin Didier. Culturalism as ideology. *Cultural Perspectives on Reproductive Health*. Edition Carla Makhoul Obermeyer (Oxford University Press), 2001, pages 300-318.
- Fassin Didier et Memmi Dominique (dir.). *Le gouvernement des corps*. Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2004.
- Fassin Didier, Naudé Anne-Jeanne. Plumbism reinvented. The early times of childhood lead poisoning in France 1985-1990. *American Journal of Public Health*, vol. 94, n°11, nov. 2004.

- Fassin Didier. Faire de la santé publique. Editions EHESP, 2008 (1^{ère} édition 2005).
- Favret-Saada Jeanne. Les mots, la mort, les sort. Édition Folio Essais, 2011 (1^{ère} édition 1977).
- Fouquet Annie, Gauvin Annie, Letablier Marie-Thérèse. Des contrats sociaux entre les sexes différents selon les pays de l'Union Européenne. Egalité entre Hommes et femmes. Conseil d'analyse économique. 1999, pages 105-131.
- Ghasarian (dir.). De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux. Editions Armand Collin, Paris, 2002.
- Good Byron. Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. Editions Les empêcheurs de tourner en rond, 1998.
- Guénif Souilamas Nacira. Des « beurettes » aux descendantes d'immigrants nord-africains. Editions Grasset/Le Monde, 2000.
- Guyard Laurence. Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. Ethnologie française, vol.40, n°1, 2010, pages 67-74.
- Guyard Laurence. Jeux et enjeux du genre dans la consultation gynécologique in Monjaret Anne, Pugeault Catherine (dir.). Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques. ENS éditions, 2014, pages 99-112.
- Hamel Christelle. La sexualité entre sexisme et racisme : les descendantes de migrant-e-s du Maghreb et la virginité. Nouvelles Questions féministes, vol.25, n°1, 2006, pages 41-58.
- Hancart-Petit Pascal. La « pilule chinoise » au Cambodge. Biographie d'une technologie contraceptive controversée in Desclaux Alice et Ergot Marc (dir.). Anthropologie du médicament au sud, la pharmaceuticalisation à ses marges. L'Harmattan Collection, 2015.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Document de synthèse. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013 (mise à jour janvier 2015).
- Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport d'élaboration. Contraception chez l'homme et chez la femme. Avril 2013.
- Helman G. Cecil. Culture, Health and Illness. Fifth edition. Edition Hodder Arnold, 2007.
- Héroult Laurence. Faire de l'anthropologie en « terrain transsexuel » in Leservoier Olivier, Vidal Laurent (dir.). L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnologiques. Editions des archives contemporaines, Paris, 2007, pages 97-107.
- Héritier Françoise. Masculin/Féminin II – dissoudre la hiérarchie. Édition Odile Jacob, 2002.
- Hermann-Mesfen Judith. Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine. Bulletin Amades [en ligne], 87/2013. <http://amades.revues.org/1545> consulté le 15/03/2016.

- Hoarau Hélène. Y'a-t-il de de l'anthropophage dans l'anthropologue ? Perception et rôle de l'anthropologue dans les structures de soins. Face à face, 2/2000 [en ligne] <http://faceaface.revues.org/547> consulté le 20/01/2016.
- Jeanjean Agnès. Une ethnologue, des égoutiers et des universitaires. Rapports sexués, rapports politiques internet in Monjaret Anne, Pugeault Catherine (dir.). Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques. ENS éditions, 2014, pages 181-196.
- Kaler Amy. Fertility running wild: elite perceptions of the need for birth control in white-ruled Rhodesia in Russell Andrew, Sobo Elisa, and Thompson Mary. Contraception across cultures, technologies, choices, constraints. Édition Berg, 2000.
- Kelek Necla. La fiancée importée. Éditions Jacqueline Chambon, 2005.
- Kleinman Artur. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Laplante Julie. Médecine humanitaire et revendications autochtones en Amazonie : corollaires du « développement » ? in Pordié Laurent (dir.). Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire. Éditions Karthala, 2005.
- La Revue Prescrire. Prescrire en questions : Quel risque d'interaction entre AINS et stérilet ? 2003, tome 235, page 76.
- Latour Bruno et Woolgar Steve. La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques. Edition La Découverte Poche, 2006.
- Le Breton David. Anthropologie du corps et modernité. Presses Universitaires de France, Collection Quadrige, 2013 (1^{ère} édition 1990).
- Linconstant Léa. L'anthropologue face aux médecins, l'anthropologue face aux patients. Quelle place pour une apprentie anthropologue dans le champ de la procréation médicalement assistée. Mémoire réflexif, master 2 d'anthropologie, Université d'Aix-Marseille, année 2013-2014.
- Lock Margaret, Kaufert Patricia. Menopause, Local Biologies, and Cultures of aging. American Journal of Human Biology, 2001/13, pages 494-504.
- Lock Maragaret, Vainh-Kin Nguyen. An anthropolgy of biomedicine. Editions Wiley Blackwell. 2010, pages 1-14.
- Lowy Iliana, Gaudillière Jean-Paul. Controverse sur le traitement hormonal de la ménopause. Mouvements, 2004/2, n°32, pages 32-39.
- Mallon Isabelle. Une sociologue et des résident(e)s en maison de retraite. Des relations

- d'intimité familiale et de séduction courtoise internet in Monjaret Anne, Pugeault Catherine (dir.). *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*. ENS éditions, 2014, pages 85-97.
- Martin Emily. *The woman in the body, a cultural analysis of reproduction*. Édition Beacon Press/ Boston, 1989.
- Mauss Marcel. *Les techniques du corps*. Editions PUF, Sociologie et anthropologie, Paris, 1991 (1950), pages 365-386.
- Membrado Monique. *La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale*, pages 51-66 in Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise et Douguet Florence (dir.). *Les négociations de soins, les professionnels, les malades et les proches*. Editions Le sens social. 2014.
- Moreau Caroline, Desfrères Julie et Bajos Nathalie. *Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG*. *Revue française des affaires sociales*. 2011/1, pages 148-161.
- Nichter Mark, Nichter Mimi. *Anthropology and international health : Asian case studies*. Amsterdam, Gordon and Breach, 1996 in Whyte Reynolds Susan, van der Geest Sjaak, Hardon Anita. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press, 2009.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre. *La politique du terrain. Sur la production des données anthropologiques*. *Enquête*, 1, 1995, pages 71-109.
- Oudshoorn Nelly. *Technologies de la reproduction et identités des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine*, pages 35-44 in Dorlin Elsa, Fassin Eric (dir.). *Reproduire le genre*. Bibliothèque Centre Pompidou, 2010.
- Pordié Laurent. *Émergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines* in Pordié Laurent (dir.). *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Éditions Karthala, 2005.
- Ronsin Francis. *Le néomalthusianisme en France* pages 15-24 in Dorlin Elsa et Fassin Eric (dir.). *Reproduire le genre*. Edition Bibliothèque Centre Pompidou, 2010.
- Russell Andrew, Sobo Elisa, and Thompson Mary. *Contraception accross cultures, technologies, choices, constraints*. Édition Berg, 2000.
- Saillant Francine et Genest Serge (dir.). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Editions Economica Antropos, 2006, pages 1-19.
- Sarrandon-Eck Aline. *Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique*. *Ethnographiques.org*, n°17, novembre 2008 [en ligne] <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck> Consulté le

27/03/2016.

- Sauvegrain Priscille. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationale*. Vol. 28, n°2 | 2012, pages 81-100.
- Schweyer François-Xavier. Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique, pages 27-50 in Pennec Simone, Le Borgne-Uguen Françoise et Douguet Florence (dir.). *Les négociations de soins, les professionnels, les malades et les proches*. Editions Le sens social. 2014.
- Siméant Johanne. *La cause des sans-papiers*. Presses de Sciences Po, 1998.
- Siméant Johanna. Entrer, rester en humanitaire : des fondateurs de MSF aux membres actuels des ONG françaises. *Revue française de science politique*, 1/2001, vol. 51, pages 47-72.
- Spencer Brenda. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n°1, 1999, pages 29-33.
- Tersigni Simona. La virginité des filles et l'« honneur maghrébin » dans le contexte français. *Homme et Migration* n°1232, juillet-août 2001, pages 34-40.
- Thompson S. Mary. Family planning or reproductive health? Interpreting policy and providing family planning services in highland Chiapas, Mexico in Russell Andrew, Sobo Elisa, and Thompson Mary (dir.). *Contraception accross cultures, technologies, choices, constraints*. Édition Berg, 2000.
- Van der Geest Sjaak, Reynolds Whyte Susan, Hardon Anita. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press, 2002.
- Vidal Laurent. *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*. Editions La découverte, 2010.
- Willemez Laurent. Engagement professionnel et fidélités militantes. Les avocats travaillistes dans la défense judiciaire des salariés. *Politix*, vol.16, n°62, pages 145-164, 2^{ème} trimestre 2003.

Étic et émic de la contraception. Quelles sont les négociations entre soignants et usagers en milieu multiculturel ? Etude de deux plannings familiaux de la région bruxelloise.

Sous la direction de : Sandrine Musso

Etudiante : Ingrid Cecchi

Soutenance : Juin 2016

Mots-clés : Contraception - planning familial - norme contraceptive – médicalisation - pilule.

Par ce terrain ethnographique en planning familial, les représentations et les négociations à propos de la contraception sont envisagées dans toute leur complexité tant pour les soignants que pour les usagers. Une observation participante et des entretiens semi-directifs ont permis d'appréhender l'évolution des souhaits contraceptifs des usagers et le cadre biomédical dans lequel s'inscrit le planning familial.

Plusieurs axes seront présentés tel que la perception de la contraception hormonale, le rapport entre corps et contraception, la médicalisation du corps féminin, la hiérarchisation existant dans le rapport soignant-soigné et enfin l'entre-soi féminin dans lequel est maintenu la contraception. A travers le quotidien d'un planning familial, l'étude de la contraception permettra également d'envisager des modifications de l'idéologie féministe.

Key-words: Contraception - family planning - contraceptive norm – medicalization - contraceptive pill.

In this ethnographic fieldwork, representations and negotiations about contraception are studied in their complexity for the caregivers as well as for the users. A participative observation and an interview-based ethnography have been conducted in order to apprehend the evolution of the user's contraceptive wishes and the biomedical framework in which defined the family planning is incorporated.

Several notions are presented like the perception of hormonal contraception, the interaction between body and contraception, the female body's medicalization, hierarchized relation between users and caregivers and female's in-between conversations about contraception. By this day-to-day observation of the family planning, the contraception's study also allows to observe the evolution of the feminist ideology.

