HAL
open science

Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale

Aurore Dupuy, Sébastien Y. Roux

To cite this version:

Aurore Dupuy, Sébastien Y. Roux. Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale. Sociologie, 2018, Enquêtes, 9 (3), pp.269-284. hal-01721579v2

HAL Id: hal-01721579

https://hal.science/hal-01721579v2

Submitted on 20 Aug 2018

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.

Version auteur - Acceptée pour publication
A paraître dans *Sociologie*, n° 3/2018 (vol. 9)

Aurore Dupuy
Doctorante en sociologie, LIRTES (EA 7313)

Sébastien Roux
Chargé de recherche au Cnrs, LISST-Cas (UMR 5193)

Avec le support du programme ANR ETHOPOL ANR-14-CE29-0002

SUR LE CHEMIN DE LA SERENITE
Politique des sentiments dans la planification familiale

En France, les Centres de Planification et d'Education Familiale proposent des consultations médicales et un accompagnement à la contraception et à l'IVG. A partir d'une enquête ethnographique réalisée dans deux unités de la région parisienne, cet article montre comment des institutions agissent, en pratique, sur le corps et la psyché des femmes. La prise en charge encourage le déploiement d'une nouvelle manière d'appréhender son potentiel reproducteur. Cette action – féministe dans son principe et son exercice – renforce les capacités des usagères et le contrôle qu'elles exercent sur leur corps et leur sexualité ; mais elle est aussi un projet politique qui, par le soin et le soutien, participe d'un processus de réforme de soi. Or ce travail, adossé à une définition normative de l'identité féminine, ne fait pas qu'émanciper. Il produit aussi de nouvelles logiques discriminatoires et renforce des hiérarchies raciales qui interrogent, dans le contexte français, les enjeux nationalistes et citoyens qui façonnent les questions reproductives et sexuelles.

In France, CPEFs are local, public units where birth control and abortion are freely offered to women in need. Based upon an ethnographic fieldwork conducted in two units located within the Paris suburbs, this article examines how institutions transform in practice women's bodies and psyches, as it promotes new ways of perceiving selves, bodies, and sexualities. Birth planning and abortion support, which are feminist projects (discursively and practically speaking), increase female agency and reinforce women's control over themselves, their bodies, and their reproductive capacities. These actions are highly political, as they promote a process of self-reform through care and support. However, this work upon self and others relies on a normative definition of female identity, which does not only emancipate: It also produces new discriminatory dynamics and enforces racial hierarchies, which – in the French context – raise question of nationalism and citizenship, and about the way these stakes currently frame reproductory and sexual issues.

Mots-clés : institution, reproduction, affect, avortement, racialisation

Keywords: institution, reproduction, affect, abortion, racialization

Version auteur - Acceptée pour publication
A paraître dans *Sociologie*, n° 3/2018 (vol. 9)

SUR LE CHEMIN DE LA SERENITE
Politique des sentiments dans la planification familiale

---

16 mai 2015

Jordanne Traoré[1], lycéenne de 17 ans inscrite en Terminale ST2S[2], se rend à sa seconde consultation au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) des Berges. Elle rencontre une nouvelle fois Suzanne Chaly, Conseillère Conjugale et Familiale (CCF). Avec le soutien de la professionnelle, Jordanne avait préalablement décidé d'entamer une procédure d'IVG ; mais si elle se présente à la consultation avec une échographie, sa volonté est aujourd'hui moins affirmée. Suzanne ne comprend pas ces hésitations et intervient pour l'encourager à poursuivre sa démarche :

> « Dans l'esprit collectif l'avortement, c'est traumatisant ; mais ce n'est pas forcément vrai. Vous voyez, tout le travail de réflexion que l'on a fait, c'est pour éviter cela. Là, vous avez pu dire [que vous souhaitiez avorter] et vous avez pu prendre le temps ; pour que ce soit votre décision. C'est important. [...] Parfois les femmes ne veulent pas se faire de mal et décident de le garder, et ça peut être la catastrophe. Vous, vous aurez fait face. […] C'était la meilleure solution. »

Sans « banaliser » son geste ni en réduire la portée[3], la conseillère insiste sur la volonté et le choix passé de la lycéenne. Elle apprécie que la jeune femme ait opté pour une action que Suzanne valorise au plan moral (« vous aurez fait face », « c'était la meilleure solution »), mais peine à accepter ses hésitations. Jordanne écoute. La CCF quitte le bureau quelques instants, le temps de s'entretenir avec la médecin du centre sur les dates possibles d'intervention. Suzanne revient :

> « Vous êtes stressée, c'est ça ?
> - Non, je ne me sens pas très stressée.
> - Bon, alors vous allez à la clinique vendredi matin. »

Adolescente, « noire »[4], scolarisée et issue des classes populaires, Jordanne voit ses doutes balayés par Suzanne ; désireuse de faire le bien, la CCF cherche à s'assurer que cette

---

[1] Tous les noms de personnes et de lieux ont été modifiés pour garantir la confidentialité des informations recueillies.
[2] ST2S : Sciences et Technologies de la Santé et du Social.
[3] Envisager l'avortement comme une pratique qui, si elle n'est pas culpabilisante, doit rester exceptionnelle et « correctrice » explique pour partie les tensions éthiques et politiques vécues par les professionnelles et les usagères (Boltanski, 2004).
[4] Les termes utilisés pour décrire les personnes, notamment aux plans physique et phénotypique, reprennent les catégories employées localement par les professionnel-le-s. Nous mentionnons la couleur de peau ou toute autre forme de labellisation lorsque les individus ont été désignés comme tels en situation, pour rendre compte au plus

grossesse hors normes s'interrompe. Comme la plupart des conseillères, Suzanne Chaly considère les grossesses adolescentes comme une « erreur de jeunesse » dont il faudrait accompagner la résolution en cherchant – toujours – à préserver les jeunes femmes. Il faudrait, pour elle comme pour la plupart des praticiennes, accompagner les patientes dans leur démarche, en veillant à déculpabiliser celles qui choisissent de recourir à l'avortement. Dans une position intermédiaire entre l'écoute compassionnelle (« vous êtes stressée, c'est ça ? ») et l'injonction bienveillante (« vous allez à la clinique »), la professionnelle impose – par la parole et la conviction – l'adhésion à une norme contraceptive et familiale qui condamne les grossesses dites précoces, sans jamais contraindre ni juger les femmes accompagnées.

Par le conseil, l'écoute, le soutien ou la présence, des agents investis d'une autorité professionnelle ou experte agissent pour aider les sujets à adhérer à une éthique située. Ce type de gouvernement est aujourd'hui largement répandu au sein des institutions de travail social et sanitaire (Foucault, 2012). Sous l'influence des savoirs de la psyché, les nouvelles formes d'encadrement que déploient ces institutions agissent moins pour contrôler les individus qu'elles ne les invitent à se repenser, voire à se réformer (Rose, 1989 ; Roux & Vozari, 2018). Les usagers sont ainsi encouragés à se transformer dans un sens valorisé (Roux, 2012 ; Zigon, 2010) pour qu'ils deviennent, d'eux-mêmes et pour eux-mêmes, des « sujets de vertu » (Laidlaw, 2014).

Dans cette contribution, nous souhaitons approfondir cette réflexion sur les formes contemporaines d'encadrement institutionnel (Fassin *et al.,* 2013) en étudiant l'une de leur dimension spécifique : la pédagogie émotionnelle. En effet, pour les professionnelles de la planification familiale, accompagner les femmes dans cette démarche sensible est, avant tout, un apprentissage. Moins qu'une imposition ou une contrainte, le travail qui se déploie vise à susciter l'accord, l'adhésion et la soumission à un certain rapport à soi et aux autres, à une subjectivité particulière qui valorise la gestion de son potentiel reproducteur. Pour le dire autrement, le travail d'accompagnement – cette forme de *care* professionnel qui se déploie et donne sens à l'action et l'engagement des praticiennes (Molinier, 2013) – ne peut se saisir uniquement comme une « police » des familles (Donzelot, 1977) ou des corps féminins (Mathieu & Ruault, 2014). C'est bien davantage une pédagogie où des femmes – investies de l'autorité de leurs métiers, de leurs positions, de leurs expériences et de leurs savoirs – enseignent à d'autres femmes des techniques, des connaissances, des pratiques, mais aussi des sentiments et des affects, en bref, des manières d'être, d'agir et de ressentir, qui visent à la fabrique de sujets améliorés.

Nous nous sommes concentrés sur un type d'encadrement institutionnel singulier, la planification familiale, qui touche un public spécifique et déploie une technologie de subjectivation particulière. En effet, la planification et l'éducation familiale invitent les femmes à adopter une attitude « sereine » vis-à-vis de leur sexualité et de leur fécondité, c'est-à-dire à déployer une forme apaisée et rationnelle d'autogestion et d'autocontrôle individuels qui les place en charge de leur propre surveillance. Cette action peut se lire comme une « biopolitique déléguée » (Fassin & Memmi, 2004) où les institutions agissent de manière non autoritaire pour encourager, par la norme, à agir de « la bonne manière ». Mais contrairement

près des formes de catégorisation. Si, en toute rigueur, nous aurions dû utiliser les guillemets dans l'intégralité du texte, nous les avons supprimés après cette première occurrence pour faciliter la lecture.

à d'autres formes de gouvernement, le travail institutionnel se concentre ici moins sur le corps (Guyard, 2010) que sur « l'intériorité », afin de fabriquer des sujets capables – parce que sereins – d'adopter pour eux-mêmes les pratiques recommandées.

Les formes d'encadrement et de soutien institutionnel que nous avons étudiées se sont révélées plus qu'une forme d'éducation morale (Durkheim, 1925) et affective. Elles sont aussi une politique. En effet, les pratiques de planification (ou, plus généralement, de reproduction) ne traitent pas de sujets universels. Elles agissent toujours *sur* et *par* les femmes (et leurs corps), et s'exercent de manière « différentielle » (Fischer & Spire, 2009) en fonction des positions qu'occupent les usagères et les professionnelles et de la manière dont elles sont perçues. En se concentrant plus particulièrement sur les formes de racialisation ordinaire qui traversent le travail institutionnel, nous montrerons comment la gestion raisonnée des corps et des sexualités participe de la détermination des frontières et des groupes. Pour le dire autrement, il s'agit non seulement de penser « la mise en place et les transformations dans notre culture des rapports à soi-même » (Foucault, 2014, p. 300), mais aussi d'interroger la dimension racialisée de ces invites à la réforme de soi. Ainsi, la gestion institutionnelle des sentiments et des émotions transforme la manière d'agir et de ressentir des publics pris en charge, tout en redessinant pour partie des frontières dans un contexte politique – la République française – où les questions de sexualité et de reproduction sont aussi des enjeux de « race » et de « civilisation ».

Ethnographie de la planification

En France, les CPEF sont des institutions héritières des réformes publiques et juridiques engagées dans la seconde moitié des années 1960. Avec les lois Neuwirth (1967) et Veil (1975)[5], la gestion publique de la contraception et de l'avortement est passée d'un régime judiciaire à un régime médical (Horellou-Lafarge, 1982). La loi Veil maille le territoire de CPEF chargés de promouvoir l'émancipation des femmes à travers une nouvelle politique reproductive. Les CPEF ont perduré, et l'on dénombre en 2016 plus de 1100 unités d'après le Ministère français des Affaires Sociales et de la Santé[6]. Ces centres visent d'abord à faciliter l'accès des femmes aux techniques contraceptives et abortives, grâce à des consultations anonymes et gratuites. Mais ils proposent également des consultations conjugales et familiales associant dès leur création une ambition pédagogique à la prise en charge médicale (Bajos & Ferrand, 2011), afin de promouvoir et diffuser une gestion individuelle de la sexualité et de la reproduction.

Les CPEF dépendent des budgets de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui héberge aujourd'hui la plupart des antennes. Les centres emploient des médecins dites de planification et des conseillères conjugales et familiales (CCF)[7]. Toutes sont des femmes, à quelques

[5] La loi Neuwirth du 19 décembre 1967 autorise le recours à la contraception (notamment orale), et la loi Veil du 17 janvier 1975 dépénalise le recours à l'avortement.

[6] Il est difficile de s'accorder sur un nombre exact, de nombreux CPEF ayant ouvert des « antennes » dans des régions rurales et/ou des permanences dans des structures conventionnées. Le comptage réalisé se base sur les données fournies par le site http://ivg.gouv.fr et ne concerne que la France métropolitaine et la Corse.

[7] Les médecins de planification n'ont pas de spécialité à part entière et sont, dans leur très large majorité, des généralistes. Les CCF sont titulaires d'une attestation de qualification de conseil conjugal et familial obtenue

exceptions près. Si ces institutions sont un héritage des luttes féministes (Bard & Mossuz-Lavau, 2006 ; Le Naour & Valenti, 2003 ; Pavard, Rochefort & Zancarini-Fournel, 2012), le renouvellement des générations tend à éloigner les professionnelles qui y travaillent des sphères militantes. Du côté des publics, les personnes reçues sont également des femmes, dans leur écrasante majorité. L'institution est donc organisée *par* les femmes *pour* les femmes. La non-mixité reste une constante assumée sans être officialisée ; la plupart des hommes ne pénètrent que rarement dans les centres ou restent en salle d'attente.

Pour saisir le travail ordinaire conduit au sein de ces unités, Aurore Dupuy a mené une enquête de neuf mois entre 2014 et 2015 dans deux CPEF de banlieue parisienne[8]. Les deux unités retenues se situent respectivement dans une antenne de la Protection Maternelle et Infantile (CPEF des Berges) et un établissement hospitalier (CPEF des Aulnes). Les institutions sont localisées au sein du même département, caractérisé par une population jeune, un faible revenu moyen par habitant, un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale, un taux d'urbanisation élevé et une forte diversité raciale.

D'avril à juin 2014, Aurore Dupuy a d'abord assisté à des consultations hebdomadaires de planification au CPEF des Berges, un centre implanté dans un ensemble urbain des années 1960 érigé sur un ancien bidonville. Aux Berges, la majorité des usagères sont issues de l'immigration, souvent de deuxième ou troisième génération. Si la PMI est ouverte cinq jours sur sept, seul le vendredi matin est réservé à la planification. Une médecin y officie ainsi qu'une conseillère conjugale. Durant les permanences, deux auxiliaires de PMI accueillent les patientes. Les professionnelles sont âgées d'une quarantaine d'années et vivent dans des banlieues relativement cossues de la région parisienne ; elles sont blanches et de nationalité française. Plus de soixante heures ont été passées à leurs côtés pour observer leurs interactions avec les usagères. 14 entretiens de conseil conjugal et familial et 61 consultations médicales ont été observés, complétés par une immersion régulière dans l'unité (partage des repas, réunions, interactions avec la PMI, etc.)

Une seconde phase de recherche, menée de juin à décembre 2014, s'est ensuite concentrée sur le CPEF des Aulnes (hébergé à l'hôpital) pour observer des IVG par aspiration sous anesthésie locale. Cette seconde unité accueille deux médecins (dont l'une travaille également au CPEF des Berges), une infirmière et une aide-soignante, accompagnées d'une CCF. Toutes ont un profil similaire à celui des professionnelles des Berges Au sein de ce second établissement, 10 interventions ont été observées, complétées par les apports d'une présence régulière de l'ethnographe. Les données présentées dans cet article ont donc été systématiquement recueillies sur les lieux de la prise en charge, et toujours liées à une pratique professionnelle.

---

après deux années d'études post-bac (*cf.* Flahaut 2013).

[8] Ce travail d'enquête s'est inscrit dans la réalisation d'un mémoire de master 2 à l'Ehess (Dupuy, 2014). Si l'article, co-écrit par les deux auteurs, reprend certaines analyses présentes dans le mémoire, il les nourrit et les complète des apports du programme ANR Ethopol dirigé par Sébastien Roux et auquel Aurore Dupuy a participé (ANR-14-CE29-0002). Outre les membres du programme, nos remerciements vont également aux participant·e·s au panel « S'ajuster. Contrôle, expérience, idéal » lors du 2e Congrès de l'AFEA qui s'est tenu à Toulouse du 29 juin au 2 juillet 2015 ; leurs remarques bienveillantes nous ont permis d'affiner nos analyses et de préciser notre propos. Surtout, ce travail n'aurait pas été possible sans la générosité des professionnelles et des usagères. Et si nous sommes seuls responsables des analyses présentées, il doit avant tout à la patience et la disponibilité des femmes rencontrées.

Les questions liées à la racialisation et aux formes pratiques par lesquelles le potentiel reproducteur féminin devient un enjeu politique n'étaient pas centrales dans la formalisation du projet initial. Il s'agissait davantage de saisir la manière dont la planification participait d'une transformation subjective et affective, pour penser les politiques reproductives « par le bas ». Toutefois, au fur et à mesure de la conduite de l'enquête, les questions raciales se sont révélées centrales – invitant à mettre en question l'articulation entre planification, hiérarchies et « civilisation ». Cette évolution s'explique en partie par les lieux dans lesquels l'enquête a été conduite. Dans les deux unités les professionnelles ont tendance à porter des discours particuliers sur la diversité des populations, et – comme nous le verrons – à ajuster leurs pratiques. Cette spécificité du terrain est une opportunité réelle pour interroger plus avant les politiques conduites et leurs dimensions racialisantes ; mais elle invite aussi à la prudence analytique. Nous ne prétendons pas que les observations menées aient été représentatives d'une politique d'Etat ou, pour le dire autrement, que les discours recueillis traduisent une politique raciale de la planification qui se serait réfractée aux CPEF des Berges et des Aulnes comme dans d'autres unités. Mais, en suivant les apports d'une démarche ethnographique qui, par définition, propose une analyse irréductible aux espaces et aux moments enquêtés (Burawoy, 1998), nous souhaitons moins révéler ici « la vérité » des CPEF et de la planification que de chercher à interroger, à partir de situations concrètes, certains des enjeux politiques et moraux qui traversent aujourd'hui la fabrique des subjectivités féminines.

Fabriquer le soi

La planification participe de la diffusion d'une « norme procréative » (Bajos et Ferrand, 2006) qui valorise l'auto-surveillance et l'apprentissage d'un contrôle rationnel de sa fécondité. Pourtant, les actions conduites en CPEF ne peuvent se saisir uniquement comme l'expression d'une contrainte et d'une surveillance (Mathieu et Ruault, 2014), au risque de nier les principes qui justifient la prise en charge, les valeurs qui animent les professionnelles mais aussi, et surtout, le besoin et/ou le désir d'être accompagnés, conseillés et suivis qu'expriment les publics auxquels elles s'adressent. Par la fréquentation des centres, et l'adhésion à la pédagogie qu'ils diffusent, les femmes cherchent à mieux s'occuper d'elles-mêmes (psychiquement et corporellement), développer la maîtrise de leur capacité reproductive et à améliorer la gestion de leur vécu affectif. Le dispositif contribue ainsi à construire une manière d'être au féminin qui, si elle travaille des corps, agit aussi sur des subjectivités selon un idéal partagé pour fabriquer des sujets que l'on espère être en capacité supérieure, aptes à maîtriser leurs vies et leurs destinées.

En revenant d'abord sur des pratiques professionnelles conduites en CPEF, nous souhaitons montrer comment le travail qui se déploie vise à transformer les subjectivités en agissant sur les émotions, les ressentis et – plus généralement – sur le rapport que les femmes entretiennent à elles-mêmes. Certes, notre dispositif méthodologique ne permet pas de juger de « l'efficacité réelle » de l'encadrement déployé. L'enquête de terrain ayant été conduite au sein de l'institution, il est impossible d'évaluer dans quelle mesure les usagères ont été « véritablement » transformées par leur prise en charge. Les discours, les réactions voire les pratiques observées peuvent relever de modifications intimes comme de stratégies

d'ajustement face à la force des institutions (docilité, évitement, passivité, résistance, etc.) Dans le cadre de cette étude, évaluer « l'authenticité » des transformations subjectives aurait nécessité la mise en place d'un autre dispositif (comme, par exemple, des entretiens systématisés avant et après les consultations en dehors des CPEF). Mais nous n'avons pas opté pour cette stratégie car nous nous intéressons ici moins à l'efficacité de ces techniques de gouvernement qu'à leur existence, et à la manière dont l'activité institutionnelle est aujourd'hui façonnée par des attentes fortes quant au rapport que les individus sont invités à entretenir à eux-mêmes. Et, en nous concentrant sur les interactions et les échanges en consultation, nous avons davantage cherché à saisir en situation la manière dont des professionnelles du soin et de l'accompagnement entendent agir au quotidien sur les émotions et donnent du sens à leur action.

La sérénité, un idéal

La fécondité féminine – longtemps perçue comme cette chance maudite qui asservit les femmes en leur donnant le pouvoir d'enfanter – devient une condition justifiant la mise en place de techniques spécifiques visant la domestication du potentiel reproducteur. Ces techniques varient en fonction des métiers (CCF, médecin, psychologues, etc.) ; pourtant certaines régularités s'observent et apparaissent au cœur même de la définition indigène du « bon » accompagnement. Etant donné leur caractère supposément sensible, le traitement des demandes d'IVG fait l'objet d'une attention particulière et d'un dialogue renforcé entre les professionnelles et les usagères. Leur observation répétée permet de déceler des logiques transversales à la planification, saisies dans des configurations ou l'idéologie professionnelle est rendue d'autant plus saillante que le moment est perçu comme délicat. En détaillant deux consultations conduites par des CCF, nous souhaitons montrer comment les praticiennes agissent, en priorité, sur la subjectivité des femmes pour les inviter à transformer le regard qu'elles portent sur elles, révélant la force de la pédagogie émotionnelle au cœur de leurs actions.

Frédérique Magon reçoit Gladys Marthe aux Aulnes. Mme Marthe, 26 ans, est enceinte de sept semaines ; c'est sa première grossesse. Elle ne souhaite pas conserver le fœtus et demande la possibilité d'avorter « par médicament ». Elle vient de dépasser le délai pour prendre une « RU » en CPEF mais peut être orientée vers les rares hôpitaux au sein desquels on autorise une semaine supplémentaire. Frédérique explique à Mme Marthe les autres méthodes d'IVG possibles mais cette dernière maintient sa volonté initiale. La CCF appelle les deux établissements susceptibles d'accepter cette demande, sans succès. Elle raccroche et se tourne vers Mme Marthe, mal à l'aise : « Comment faire... ? Vous êtes sûre de votre décision ? - Oui, sûre. » Frédérique interroge alors la jeune femme sur le géniteur. Mme Marthe explique qu'il s'agit de son ex-compagnon avec lequel elle a repris une liaison. « Mais il ne me fait toujours pas confiance ». Frédérique hausse les sourcils. « Dans quel sens... Vous voulez dire qu'il est possessif ? » Gladys Marthe acquiesce avant d'expliquer certains comportements. Frédérique intervient : « Il vous fait la vie impossible ! Ce n'est pas une vie de femme, on ne peut pas vivre comme ça ! »

La jeune femme opine et précise vouloir mettre fin à cette liaison. L'échange se poursuit, longuement. Au bout d'un moment, la conseillère suggère à nouveau l'IVG par aspiration ;

elle la juge plus appropriée, surtout si la patiente est « au secret de son conjoint »[9]. Cette fois-ci, Mme Marthe approuve. Frédérique souligne les bénéfices de sa décision et suggère que l'IVG peut aider à mettre un point final à sa liaison : « L'avortement peut aider à rompre. […] Avec les mauvaises expériences on apprend. […] Donc, là, vous n'allez pas rester marquée par cet avortement. » Mme Marthe penche la tête de droite et de gauche, dubitative, et conclut : « Mes sœurs ont avorté. Mais moi, non. Maintenant, je sais. »

Aux Berges, Hélène Tanet, 21 ans, rencontre Suzanne Chaly, CCF, pour une demande d'IVG. Mme Tanet réside en Normandie chez sa grand-mère, avec sa fillette de trois ans. Son compagnon, père de l'enfant, vit et travaille en région parisienne ; Suzanne Chaly ne demande pas davantage de précisions sur les revenus de la patiente, ou sur son milieu professionnel. Mais les vêtements et le phrasé d'Hélène Tanet signalent une condition populaire. Assise au bord de sa chaise, les épaules rentrées, son sac agrippé, elle explique qu'elle est venue avec son partenaire car « elle ne veut pas faire ça toute seule, parce que ça va être dur psychologiquement... ». Mme Tanet raconte être « tombée enceinte » alors qu'elle prenait la pilule. Suzanne répond, compatissante : « Ah, c'est vache ! Ce n'est pas de chance. Le plus souvent, c'est une mauvaise prise. Bon il va falloir penser à une autre contraception, car là vous n'allez pas être sereine. » La jeune femme hoche la tête, puis commence à se ronger les ongles avec ardeur. La consultation se poursuit :

> « Vous avez déjà fait un avortement ? Ça a l'air de vous faire peur, vous êtes inquiète ? Qu'est-ce qui vous fait peur, on va partir de là [...] D'abord, c'est toujours très culpabilisant.
> - Ils disent que ça fait mal, qu'il y a des contractions.
> - Première chose fausse ! [...] Et quoi d'autre vous fait peur ?
> - Je suis contre, mais là je n'ai pas le choix.
> - Et oui mais faut pas culpabiliser, vous avez fait les choses bien. Faire un avortement c'est un droit, une possibilité, ça peut arriver à n'importe quelle femme, et puis ça fait partie de la vie d'une femme [...]. Donc ce n'est pas la peine de vous mettre un marteau sur la tête, surtout que là ce n'est pas de votre faute. […] Et il va falloir penser à une autre contraception, pour que vous puissiez être sereine ensuite. »

Dans cet échange, la jeune femme exprime son angoisse par des mots et une gestuelle sans équivoque ; elle manifeste aussi une position éthique : elle s'oppose à l'avortement comme idée tout en s'autorisant y recourir. Les craintes qu'elle exprime justifient la présence de la conseillère qui poursuit son travail d'apaisement : « Qu'est-ce qui vous fait peur ? On va partir de là… » L'échange se prolonge. Suzanne Chaly écoute patiemment. À la fin de l'entretien, Mme Tanet se lève, visiblement soulagée. Un rendez-vous est pris pour l'intervention planifiée quelques jours plus tard.

Ces deux consultations rendent compte de la façon dont les professionnelles envisagent leur présence et leur rôle d'accompagnement. Une grande part de leur activité consiste à « écouter » et « conseiller » les usagères, afin de les aider à « faire le meilleur choix possible

[9] L'IVG médicamenteuse occasionne des saignements importants durant un ou plusieurs jours. Ces saignements sont souvent éprouvants (surtout si la grossesse est relativement avancée), ce qui rend difficile le maintien du secret au sein du couple.

pour elles-mêmes » (Devreux, 1982). Pour les praticiennes, « chaque cas est unique » et appellerait une action singulière. En pratique, et face à la diversité objective des situations, les réponses et les attitudes sont relativement standardisées : les agents évaluent la réussite de leurs actions en fonction de leurs effets supposés sur les personnes prises en charge, qu'elles pensent lire à travers des manifestations émotionnelles successives.

En CPEF et notamment dans les consultations relatives aux interruptions de grossesse, l'inquiétude est une émotion attendue lors de la première rencontre. Son absence apparaîtrait même problématique ; elle serait la marque d'une « banalisation » ou d'une incapacité « à saisir ce qui se joue ». Mais cette inquiétude doit être dépassée par la prise en charge. Dans le premier cas, Mme Marthe est invitée à atteindre cette tranquillité d'esprit par l'intervention qu'elle refusait initialement, dont la conseillère a cherché à démontrer la valeur supérieure. Lors de la seconde consultation, Mme Tanet voit ses inquiétudes apaisées par une invite à la verbalisation des tensions morales autour de l'avortement et des peurs afférentes. Dans les deux cas, les professionnelles encouragent le développement d'un « rapport apaisé à son corps et à sa sexualité » par le recours à des pratiques corporelles spécifiques, la verbalisation continue des inquiétudes et des résistances et le déploiement de techniques de contrôle de soi. Ainsi, les consultations suivent un « script » (Gagnon et Simon, 1973) qui doit voir la personne encadrée évoluer à travers différents stades émotifs qui, lorsque la prise en charge est considérée comme « réussie », trouvent leur aboutissement dans l'expression d'un sentiment nouvellement acquis.

La sérénité, plus qu'un état, devient ainsi un idéal des professionnelles : les praticiennes invitent et encouragent les femmes qu'elles reçoivent à se transformer pour exprimer un sentiment attendu. On espère en effet que les usagères (se) travaillent suffisamment pour atteindre un mode d'être valorisé (« bon », « utile », « nécessaire » sont autant de mots régulièrement prononcés qui attestent, par leur force et leur répétition, le consensus qui entoure ces états espérés). La planification s'apparente ainsi à une pédagogie, saisie comme l'incorporation d'un certain rapport à soi et à autrui (Roux, 2014) où la reproduction est contrôlée et maîtrisée.

Diriger les libertés

Les actions des professionnelles sont pour partie le reflet des normes et des attentes majoritaires au sein de l'institution (une contraception généralisée, un suivi médical régulier, un recours possible et accompagné à l'avortement en cas de grossesse non désirée, etc.) Mais les techniques mises en place pour faciliter leurs diffusions ne s'apparentent pas à une disciplinarisation par la contrainte des corps et des « âmes » [*souls*] (Rose, 1989). Au contraire, les praticiennes désirent avant tout que les femmes qu'elles accompagnent adhèrent à ces recommandations et exercent – *comme* femmes émancipées –leur libre arbitre, toutefois dans un sens attendu et normalisé.

Mme Bader, 31 ans, fait partie de ce que les professionnelles appellent les « gens du voyage ». Après plusieurs années de pilule, elle dit aujourd'hui ne plus « supporter la

Dépal[10] ». Laurence Junac, la médecin des Berges, lui suggère de poser un stérilet. Malgré sa réticence visible, Mme Bader accepte de prendre rendez-vous pour la semaine suivante. Sept jours plus tard, la médecin reçoit de nouveau sa patiente. La consultation commence :

> « Voilà. Et maintenant vous imaginez que vous êtes sur une plage de sable chaud, c'est votre boulot aujourd'hui. Vous faites les fesses bien molles, toutes lourdes sur la table.
> - Je ne sais pas si je vais y arriver !
> - Mais si. Allez, hop ! Je mets le spéculum. Vous vous détendez...
> [Manipulations]
> - Ça va ? Je ne vous fais pas mal ? Ça va bien se passer, ça va durer deux minutes. Je fais plus de bruit que de mal.
> - C'est stressant !
> - Mais non ! En fait vous y arrivez très bien ! »

Les deux femmes se taisent quelques secondes, le temps que Laurence introduise le stérilet. « Et voilà, c'est juste ça qu'on sent. J'ai pincé le col de l'utérus, vous ne sentirez pas plus que ça. Vous êtes courageuse. En fait je pensais que vous n'alliez pas revenir ». Laurence réalise quelques dernières manipulations puis repasse derrière le bureau pendant que Mme Bader se rhabille.

> « Vous voyez ? Ça y est. Vous avez eu plus peur que mal. Et vous êtes tranquille pour trois ans maintenant. […] Et ben, voilà. C'est fait, vous vous êtes fait une montagne et...
> - Et oui j'me suis fait peur pour rien. Y'a eu plus de peur que de mal ! »

La patiente, réticente au départ à un suivi régulier, a adopté une contraception et s'accorde aujourd'hui avec la Dr. Junac sur l'irrationalité supposée de sa crainte initiale. Là-encore, la planification familiale invite les usagères à une rationalisation affective qui se fait par et pour une régulation des conduites. Elle permet une forme de travail émotionnel (Hochschild, 1983) qui permet, facilite et produit un nouveau souci de soi (par le corps et la sexualité) motivant des procédures de contrôle et d'auto-surveillance. Ce processus repose avant tout sur l'adhésion des patientes à une forme de délégation de soi, justifiée par la valeur accordée à la rationalité qui la sous-tend. S'il faut apprendre à « faire confiance », à « relâcher », à « accepter », ces actions ne sont pas imposées ; elles doivent au contraire résulter d'une conviction acquise : celle en la valeur supérieure du savoir dispensé et en la croyance du bénéfice de son application.

L'adhésion est une condition à la prise en charge et le respect de la liberté exprimée une nécessité. Dès lors, la relation entre la praticienne et l'usagère peut moins s'analyser comme un rapport de domination qu'une forme de « direction », au sens que lui accorde Michel Foucault :

> « Le vrai rapport de direction, je crois, consiste en ceci qu'il se fixe pour but, non pas quelque chose comme la richesse, la santé de celui qui est dirigé, mais quelque chose comme la perfection, la tranquillité de l'âme, ou encore l'absence

[10] Une marque de pilule contraceptive.

> de passions, la maîtrise de soi, la béatitude, c'est-à-dire un certain rapport de soi à soi. […] [O]n peut dire que la direction, c'est une technique qui consiste à lier deux volontés de façon qu'elles restent l'une par rapport à l'autre toujours libres, à les lier de telle façon que l'une veuille ce que veut l'autre, et ceci à des fins de subjectivations, c'est-à-dire d'accès à un certain rapport de soi à soi. » (Foucault, 2012 [1980], p. 227)

C'est ce rapport de direction qui fait de la sérénité une preuve et un idéal, les professionnelles l'investissant d'un sens existentiel. En effet, la sérénité serait la marque affective, le langage émotionnel par lequel les femmes exprimeraient une maîtrise (nouvelle ou retrouvée) sur leur propre capacité reproductive, justifiant ainsi le sens de l'action conduite par les praticiennes. Et leur sérénité nouvelle devient ainsi la trace subjective du travail accompli, tout à la fois preuve et objectif d'un succès de prise en charge.

Les CPEF, comme institutions, « pensent » (Douglas, 1999) qu'il est dans l'intérêt des femmes de déployer une pédagogie visant à susciter une certaine tranquillité d'âme. Mais pour y parvenir, les professionnelles déploient des techniques spécifiques qui valorisent l'exercice d'une liberté dont on attend qu'elle s'exprime dans le sens de l'institution. Elles déploient ainsi une politique de la sérénité qui transforme les jugements et les sentiments que les sujets portent sur eux-mêmes et leur capacité reproductive, en les invitant à « s'améliorer » pour se rendre la vie meilleure.

Sororités hiérarchiques

Si les actions conduites au sein des CPEF sont individuelles et individualisées, elles diffèrent en fonction des usagères et des professionnelles. Cette diversité engendre différences et hiérarchies. Amina Abar – jeune femme métisse d'origine franco-marocaine – se présente à la PMI accompagnée de sa mère, Amélie Jacquet. Celle-ci est mère de cinq enfants et sans emploi. Elle s'est séparée du père d'Amina peu après sa naissance. Avant que les deux femmes n'entrent en consultation, Laurence Junac soupire : « Là, Amina, c'est une galère. Quatorze ans. Enceinte. Elle est ravie. » La jeune femme est déjà connue des services ; elle fréquente le CPEF dans le cadre de sa mission de suivis (qui peut être gynécologique et/ou de grossesse).

Amina souffre aujourd'hui de saignements abondants, signes potentiellement annonciateurs d'une fausse couche. La consultation commence par une remarque du médecin : « C'est une grossesse désirée… ». Amina acquiesce avec un grand sourire. Sa mère intervient : « Mais là, elle saigne. Et puis un caillou est sorti. » La docteure prévient : « Dites-vous bien que ça peut être une fausse couche, ça arrive à toutes les femmes. » La jeune fille s'affaisse et se met à pleurer discrètement. Laurence fait mine de n'avoir rien vu et poursuit à l'adresse de Mme Jacquet :

> « Si c'est une fausse couche, il y aura des saignements importants. […] Vous devez aller aux urgences pour voir si c'est ça.
> Laurence se tourne ensuite vers Amina :
> - Vous êtes en quelque classe, là ?
> - Quatrième.

- Avec un bébé dans les pattes en quatrième! C'est quoi ça ?!
Amina hausse les épaules en souriant.
- Et y a un papa ? Amina pouffe et lève les yeux au ciel :
- Bah oui ! Pas une maman! Il est super content.
- Oui... donc le géniteur est papa. Et vous allez l'élever comment ?
- Je ne sais pas. [Rires] Avec maman. Elle en a eu cinq ! »

Amina se tourne vers sa mère et ajoute : « Enfin, je l'ai voulu ce bébé, donc… » Laurence Junac ne questionne pas plus les deux femmes et recommande à nouveau les urgences. Elle raccompagne ensuite Mme Jacquet et sa fille, avant de s'exclamer, la porte fermée : « C'est n'importe quoi ! » Quelques minutes plus tard, à l'accueil de la PMI, Laurence Junac fait part de son indignation à Viviane Nathan, une auxiliaire du service : « Elle est débilette cette gamine [Amina] ! » Viviane tempère : « Elle a un parcours très difficile. » Mais toutes deux espèrent qu'Amina ait déclenché une fausse couche. Peu à peu, l'ensemble de l'équipe rejoint l'accueil. Tout le monde est au courant de l'affaire et en discute. La psychologue surenchérit : « Là, elle est vraiment très jeune. J'espère que c'est une fausse couche. » La puéricultrice insiste : « En plus, la mère la soutient maintenant ! Alors là, il n'y a rien à faire. » Tout le monde hoche la tête ; quelqu'un suggère : « Il y a des fois on aurait envie... » La docteure complète en faisant mine de lâcher un cachet dans un verre : « Un petit Cytotec[11] et... » Et Viviane de conclure : « Le problème, c'est que si tu pousses à l'avortement, tu la retrouves trois mois après enceinte. »

Si ce type de scène est quotidien dans la vie d'un service, son interprétation pose question. Il ne s'agit pas ici de s'appuyer sur ces extraits de terrain pour dénoncer la violence supposée des professionnelles, ou critiquer l'encadrement socio-sanitaire qui, toujours et par définition, est nécessairement disciplinaire. Sans nier cette dimension, nous souhaitons davantage penser la manière dont les agents résolvent les tensions éthiques qui traversent leurs pratiques, à partir d'une situation particulière. En effet, les praticiennes sont conscientes pour partie du pouvoir qu'elles exercent sur les usagères. Au sein des CPEF étudiés, la plupart exprimaient même leur souhait de tempérer au maximum les conséquences de leur position hiérarchique. Le cas d'Amina Abar et de sa mère montre comment des praticiennes gèrent au quotidien une mission dont l'exercice peut heurter les valeurs et les idéaux constitutifs de leur engagement, et les modalités pratiques par lesquelles elles résolvent les tensions qui en découlent.

En effet, les CPEF se sont érigés autour d'une certaine vision du féminisme et de l'émancipation : libre disposition des femmes de leur corps, accès aux outils contraceptifs, diffusion de moyens abortifs contrôlés, information et éducation, etc. Ces technologies spécifiques reposent sur un consensus partagé qui fait du choix individuel des femmes une condition à leur liberté et à leur libération – si tant est qu'il soit éclairé et formulé. Or, dans un contexte national déjà marqué par la stigmatisation des grossesses adolescentes (Le Van, 1998), et étant donnée la situation sociale défavorisée d'Amina et de sa mère, le désir qu'exprime la jeune femme – son choix de mener sa grossesse à terme – n'est pas reçu comme valable par les praticiennes de la planification. Pour les professionnelles, Amina n'a pas les ressources (matérielles, culturelles, etc.) nécessaires pour élever un enfant dans des conditions satisfaisantes ; et si aucune praticienne n'a mis en cause l'authenticité de son désir

[11] Le Cytotec est l'un des médicaments prescrit pour un avortement médicamenteux, qui provoque l'expulsion de l'œuf.

(comme elles peuvent le faire dans des situations où les femmes sont pensées sous le joug d'un homme – père, frère, mari), elles le délégitiment et le saisissent comme l'expression même de sa vulnérabilité. Parce qu'Amina est pauvre, adolescente, mal conseillée ou « débilette », parce que sa mère n'a pas su ou pu l'éduquer, le choix de la jeune fille n'est pas un « vrai choix » de femme. Ainsi, les formes de liberté féminine qui s'opposent aux idéaux de libération des professionnelles sont écartées et saisies comme la marque d'une faiblesse et d'une incompétence.

Les normes et les valeurs attendues doivent s'approcher des fondements du projet planificateur : autonomie, responsabilité, volonté d'action sur son corps et sa psyché, autocontrôle, régulation, etc. Les écarts à cette norme implicite, lorsqu'ils sont jugés trop importants (consciemment ou non), suscitent le rejet et la condamnation. Amina et sa mère sont en difficulté sociale, et la jeune fille est de surcroit enceinte. Mais elles ne montrent pas les signes d'un « renoncement » au projet de maternité, ni d'adhésion à la norme dominante (ne pas avoir d'enfant à cet âge). Leurs conduites heurtent ainsi les idéaux moraux des praticiennes, et relèvent à leurs yeux d'une forme de responsabilité fautive : ni la fille ni la mère ne réalisent le travail recommandé pour se sortir du « mauvais chemin » sur lequel elles sont engagées. Les professionnelles se désengagent pour partie, ou moquent et délégitiment les conduites des usagères. Ainsi, l'action des professionnelles de la planification se distribue en fonction de la proximité sociale et morale des usagères dont on attend qu'elles partagent un socle commun de valeurs et de normes et les expriment – marquant ainsi leur capacité à « être soutenues », et donc « l'utilité » supposée du travail envisagé. Au sein des CPEF, l'économie des volontés accorde davantage de valeur aux décisions des femmes dont la rationalité s'apparente à celle des praticiennes. Or il nous apparaît que le malaise des professionnelles, géré dans cette situation par l'humour, témoigne justement de cette tension pratique entre la croyance en la supériorité morale d'un féminisme libéral, et la conscience intime de ses limites (voir à ce propos Mahmood, 2011). Pour le dire autrement, se retrouver à l'accueil du CPEF pour plaisanter sur le Cytotec renforce – au moment même où il vacille – l'évidence d'un consensus professionnel qui dé-légitimise un désir féminin « déraisonnable » dans un espace pourtant dédié au respect des choix reproductifs individuels.

Les Autres et la reproduction

La croyance en la valeur supérieure du choix et de la rationalité anime les engagements féministes des professionnelles et justifie l'existence même des centres de planification : il faut agir pour aider les femmes à exercer leur liberté, et les accompagner pour qu'elles opèrent les choix que l'on considère les meilleurs. Toutefois, au sein des CPEF enquêtés, la diversité des publics pris en charge se traduit par des formes d'actions différenciées. Au sein des CPEF des Berges et des Aulnes, parmi les lignes de fracture qui organisent l'action des professionnelles, les questions raciales se sont révélées particulièrement signifiantes. Les praticiennes agissent différemment en fonction de la manière dont elles racialisent les usagères. En revenant sur trois situations ethnographiques, concernant respectivement « une

Africaine », des « musulmanes » et des « Roms »[12], nous souhaitons montrer comment les actions institutionnelles visant à la maîtrise du potentiel reproducteur se distribuent en fonction de logiques raciales, et dessinent des frontières et des hiérarchies – alors même qu'elles visent, par la planification, à la défense d'une condition féminine universelle[13].

« Fait pas mal »

Marieme Diabira se fait suivre au CPEF des Berges depuis plusieurs années ; femme au foyer, noire, âgée de 35 ans environ, elle élève 3 enfants. Elle entre en consultation vêtue d'une robe de tissu coloré, en parlant très vite et avec un accent sénégalais prononcé. Mme Diabira vient pour se faire poser un implant contraceptif. C'est la première fois qu'elle opte pour ce type de contraception et manifeste une certaine appréhension. Elle demande si « ça fait mal ? » et dit avoir « un peu peur ». La docteure Laurence Junac répond, rassurante : « Moi je fais une anesthésie. Vous avez déjà fait une piqûre ? Ça ne fait pas mal. » Puis elle explique comment la pose va se dérouler. Marieme Diabira commente, parle fort, fait de grands gestes et s'exclame, en levant les bras au ciel et en secouant la tête : « Oh, j'ai peur ! » Une fois Mme Diabira installée sur la table de consultation, la médecin prépare l'injection anesthésiante. La patiente, visiblement impressionnée, répète qu'elle a peur ; elle respire fort, s'évente de la main et manifeste ostensiblement son appréhension. Laurence Junac la rabroue : « Oh ! Vous faites du cirque là ! »

L'échange continue pendant la préparation de la piqûre. Les deux femmes adoptent ensemble un parler fort et exubérant. Peu à peu Mme Diabira baisse la voix et se raidit sur la table. Laurence Junac, sur un ton badin, enchaîne les plaisanteries. La patiente demande : « Fait pas mal ? » ; la médecin, un peu moqueuse, répond : « Non, fait pas mal ». En reprenant cette faute de français, l'attitude du médecin rappelle celle d'un adulte qui croirait se mettre au niveau d'un enfant en adoptant un parler simpliste. Une fois l'implant posé et Mme Diabira sortie, Laurence Junac s'étonne et, se tournant vers l'ethnographe, interroge :

> « Les Africaines ont une trouille de la piqûre, c'est dingue ! Je ne sais pas pourquoi. Y'a pourtant pas de lien avec l'histoire coloniale. […] Et pourtant, elles aiment bien la piqûre. Elles se sentent protégées. [...] Mais là-bas c'est une fois par an. Ici, c'est interdit. »

Ce qui frappe dans la scène décrite, c'est la manière dont les deux femmes ont rejoué, ensemble, une scène au script colonial. Une patiente racialisée comme « Africaine » accepte – voire sollicite – l'expression d'un soutien infantilisant de la part d'une médecin racialisée comme blanche. De son côté, la médecin se met et se trouve placée dans une position d'autorité à laquelle elle adhère sans réserve. Les deux femmes performent ainsi un malaise

[12] Nous reprenons les catégories que les professionnelles ont mobilisé en situation. Le terme « rom » est ainsi orthographié avec un seul r, tel que l'emploient les professionnelles des services enquêtés, afin de rendre compte par l'écriture des processus locaux d'assignation identitaire.

[13] Notre réflexion sur les tensions entre universalisme et particularisme doit beaucoup aux analyses de Sarah Mazouz qui, bien que menées sur des terrains différents (les politiques anti-discriminatoires), permettent de penser la manière dont se fabriquent les frontières internes (*boundaries*) à la société française (voir notamment Mazouz, 2017, p. 213 *et suiv.*)

colonial dont la Docteur Junac a d'ailleurs partiellement conscience tout en s'en exonérant (« Y'a pourtant pas de lien avec l'histoire coloniale »). Pourtant, en s'interrogeant sur « la trouille » des « Africaines » – et sur ce qui peut motiver certaines de leurs préférences en matière contraceptive – elle produit un discours altérisant qui renvoie le comportement de Mme Diabira à une particularité culturelle générique, irrationnelle voire infantile. Non seulement sa réaction s'adosse à une représentation des « mamas africaines » dociles, exubérantes, sympathiques, nonchalantes et un peu ignorantes, mais le ton moqueur, les plaisanteries et le « fait pas mal » disent aussi la distance qui sépare Marieme Diabira de la patiente idéale. Et si, dans cette interaction, l'attitude du médecin apparaît relativement bienveillante (parce que « paternaliste »[14]), elle n'en témoigne pas moins d'une dynamique d'altérisation, d'un processus qui renvoie les autres racialisées à une étrangeté (« Je ne sais pas pourquoi [les Africaines ont la trouille] ») ou une immaturité (« Fait pas mal »).

Vulnérabilités coupables

Si, à l'instar du traitement de Mme Diabira, la gestion institutionnelle des « Africaines » s'apparente à une altérisation dont la violence est souvent euphémisée par une bonhommie infantilisante, d'autres groupes suscitent des réactions plus hostiles. Au sein des CPEF étudiés, l'islam fait aujourd'hui partie des marqueurs qui inquiètent et suscitent la méfiance, une certaine expression de la foi étant jugée incompatible avec l'idéal d'émancipation féministe qui anime les praticiennes. Ainsi, par exemple, les professionnelles peuvent relayer certains discours sur la misogynie supposée intrinsèque à cette pratique religieuse. Les femmes voilées, notamment, suscitent une incompréhension agressive. Au CPEF des Berges, installé dans les locaux de la PMI, les praticiennes se sont inquiétées que l'une des assistantes maternelles de l'institution hébergeante ait récemment adopté un niqab. Quelques semaines plus tard, à l'occasion d'un entretien individuel, la médecin responsable de la planification pour le département choisit de revenir sur l'événement. Elle explique :

> « Quand je suis allée à l'école d'assistantes sociales – on travaille avec elles… –, il y en avait deux voilées, apparemment ça ne gênait personne... Mais ça va gêner au boulot ! Et nous, ici, on a quelques centres où on a recruté des auxiliaires de puériculture avec une témoin de Jéhovah, elles te foutent en l'air les équipes !
> - À quel niveau ?
> - Au niveau « pas de rendez-vous, ah non madame l'avortement c'est pas ici », ou la pilule... Si t'es là, ça va, si tu n'es pas là, elles te sabotent le truc. Donc y a une vraie vigilance à avoir. »

Pour la médecin, les musulmanes s'écarteraient dangereusement du modèle « laïc » et séculier dont elle se sent garante. Les femmes musulmanes sont ici assimilées aux témoins de Jéhovah, et vues comme inaptes à mener à bien le travail conduit en CPEF. Plus

[14] En l'occurrence, il s'agirait davantage d'un « maternalisme », où l'autorité « maternelle » s'exercerait d'une femme vers une autre femme. Le terme ayant une histoire et un usage distinct en sciences sociales (voir notamment Bessin [2009] et Cohen [2012]), nous lui préférons ici son pendant « masculin » par souci de simplification.

qu'incapables, elles représentent même une menace (« elles te sabotent le truc »). Cette réprobation est relativement fréquente, bien que rarement exprimée. Souvent perçues comme soumises et actrices de leur propre oppression de genre, « les voilées » sont jugées difficilement soutenables (Abu-Lughold, 2002), leur conduite étant saisie comme une trahison vis-à-vis du groupe des femmes – *a fortiori* lorsqu'elles montrent les signes d'une orientation religieuse choisie et non imposée (comme lors d'une conversion). Parmi les professionnelles, le port du niqab, du hijab, mais aussi de tout « signe ostentatoire » (d'appartenance à la religion musulmane) est jugé contraire à l'idéal d'une certaine émancipation féminine ; sa présence ennuie, met souvent les praticiennes majoritaires mal à l'aise et peut susciter du rejet. La même exaspération tend à se porter sur les usagères. Un jour, en cuisine, alors que le ramadan allait bientôt commencer, les professionnelles s'offusquent de concert à l'occasion d'une pause-déjeuner. Elles s'indignent des femmes qui désirent se faire prescrire la pilule pour ne pas saigner dans le mois à venir. Le comble, pour l'équipe, c'est que « ces filles, il n'y a encore pas si longtemps, jamais elles ne seraient venues pour ça ! »[15] Certes, l'interprétation des préceptes peut surprendre, mais l'agacement s'exprime plutôt pour regretter que la pratique religieuse se soit intensifiée. Quelques semaines plus tard, une jeune femme racialisée comme « Française », qui se faisait suivre depuis son adolescence au CPEF, se présente un jour avec un tissu coloré sur les cheveux, porté à la manière d'un foulard islamique. La jeune femme ne cesse de la réajuster durant la consultation. Laurence Junac, l'une des médecins du centre, lui demande à plusieurs reprises : « Vous vous cachez ? Je ne vous vois pas ! » Une fois sa patiente partie, elle s'exclame « Elle m'a agacé avec son voile, qu'est-ce qu'elle fabriquait ? Elle le touchait tout le temps ! »

Ces réactions disent plus qu'une forme banalisée de discrimination institutionnelle, voire de racisme ordinaire (Essed, 1991) ; elles témoignent aussi des tensions que traversent des professionnelles, animées certes par une ambition universaliste (soutenir « toutes » les femmes), mais dont les actions et les jugements peinent à intégrer des pratiques et des croyances jugées trop extérieures à leur représentation « idéale » (et située) d'un sujet féminin réalisé (Mazouz, 2017). Bien sur, ce rejet relatif de la religion musulmane rappelle les débats qui ont cours dans l'univers féministe, entre des positions laïques très marquées et des formes alternatives de féminisme qui acceptent voire s'appuient sur la religion pour mener leur combat politique. On l'aura compris, c'est aux premières que se rattachent ici les positions des professionnelles des CPEF : un militantisme féministe laïc qui perçoit la religion musulmane comme une institution patriarcale et en rejette toute forme expression publique. Or, en situation, cette position produit des effets paradoxaux : certaines femmes vulnérables deviennent ainsi coupables, quand d'autres sont jugées légitimes. Or, comme le travail d'*empowerment* conduit dans les institutions se concentre sur les secondes – qui sont jugées plus aptes à s'éveiller à une « conscience » alignée sur les attentes de l'institution – il produit *de facto* des effets contraires aux principes qui le sous-tendent : une hiérarchisation des femmes.

[15] Les femmes ayant leurs menstrues durant le ramadan sont invitées à s'alimenter pour que la fatigue ne soit pas trop importante. Mais les jours non jeunés doivent être ensuite rattrapés. Pour éviter cette situation, certaines personnes peuvent solliciter un contraceptif oral qui suspend les règles.

L'autonomie intégratrice

Au sein des CPEF, celles que l'on juge « aptes » sont notamment celles qui « s'intègrent ». Rosa Rudan, la trentaine à peine, entre au CPEF des Berges accompagnée d'Helena Janko. Les deux femmes sont amies, et vivent dans le même camp « rom ». Elles se signalent à l'accueil puis se dirigent vers la salle d'attente. Lors de la pause déjeuner, quelques instants auparavant, une discussion houleuse s'était engagée avec l'une des auxiliaires, Ninon Da Costa, qui avait cru opportun d'expliquer à l'ethnographe que « les Roms, c'est des sauvages… et puis ils ramènent des maladies. » Mais une fois les deux femmes installées en salle d'attente, Ninon explique d'un air entendu : « Mais tu vois, elles, ce n'est pas pareil ; elles font des efforts, elles veulent s'intégrer. »

Certes, le discours raciste de Ninon ne représente pas – et de loin – la position de la majorité des praticiennes. Mais sa présence, au sein d'un CPEF, n'en reste pas moins révélatrice de l'association entre civilisation et gestion de la fertilité. En effet, si les propos de Ninon sont en partie caricaturaux, la prise en charge en centre de planification relève bien d'un encadrement de la famille et de la gestion de la vie intime qui fait l'objet de politiques publiques intenses, constamment traversées d'enjeux raciaux et d'oppositions latentes (Stoler, 2013) sur ce qu'est, ou doit être, une femme en France. Pour les usagères altérisées et racialisées, fréquenter la planification serait ainsi une forme « d'intégration » (nationale), un pas appréciée vers l'inclusion dans le « nous » auquel Ninon considère appartenir. Mesdames Rudan et Janko, en adoptant une pratique contraceptive légitime (et le suivi socio-médical auquel il s'adosse), marquent leur adhésion à un rapport de soi à soi valorisé, et font montre d'un comportement jugé autonome, émancipateur et responsable, mais aussi, ici, civilisé et citoyen.

En outre, au sein des CPEF étudiés, la catégorie des « Roms » apparaissait assez singulière. On y observait en effet une prise en charge bien plus emprunte de volonté d'*empowerment* que pour d'autres catégories, les Roms étant perçues (du moins dans les consultations observées et les discussions entendues) comme les victimes d'un système de genre particulièrement violent, contre lequel la planification serait une ressource supplémentaire. Laurence Junac reçoit d'abord en consultation Rosa Rudan, qu'elle suit depuis son arrivée en France. La jeune femme dit venir pour changer son implant, posé un an auparavant. Puis elle explique : « Mon mari veut encore un bébé, mais moi je n'en veux plus ». Laurence glisse « Et bien, vous n'êtes pas obligé de lui dire que vous avez une contraception ». Mme Rudan fouille dans son sac et sort une boite de stérilet neuve, tout en commentant :

> « Mais il veut un fils et il dit que je vais le faire…
> - Et vous voulez faire quoi ? Moi je vous le pose le stérilet.
> - Mais il va le voir, parce que je ne vais pas tomber enceinte. La pilule il veut bien, mais pas ça dans le ventre.
> - Et c'est lui qui décide ?
> - Non… Vous voyez ce que je veux dire. […]

Laurence hoche la tête, et relance :

> « Et vos enfants, ils vont bien ?
> - Très bien.
> - Ils vont à l'école ?

[Mme Rudan secoue la tête en signe de dénégation].
- Vous restez combien de temps en France ?
- Là je reste, je vais chercher un travail.
- Ce serait bien que les enfants aillent à l'école.
- Oui et je voudrais un appartement. Mais c'est compliqué, avec les papiers…
- Ce serait bien l'école…
- Oui, on veut chercher du travail, comme tout le monde. […]
- C'est important que votre fille aille à l'école...Vous êtes au camp là ?
- Oui. Mais ce n'est pas hygiénique, il n'y a pas de douche… […]
- Et votre mari il est d'accord pour travailler ?
- Oui, oui. Il a déjà déposé des CV. »

Laurence se frotte le front, et – sans insister – commence l'intervention selon les desideratas de son mari. « Bon. Je vais enlever l'implant, et je vous prescris la pilule. » Mme Rudan s'allonge sur la table gynécologique pendant que Laurence se lave les mains. Les deux femmes conversent pendant l'opération qui dure quelques minutes. La patiente observe tout avec une attention curieuse, avant que les deux femmes ne retournent au bureau pour la prescription du contraceptif oral.

Durant cet échange, médecin et patiente convergent sur la définition d'une vie bonne, la meilleure pour Mme Rudan dans l'état actuel de sa situation. L'écart entre idéal et réalité familiale est mis en mot. Trouver du travail « comme tout le monde », obtenir un appartement, quitter le camp. Les désirs exprimés par Mme Rudan tendent à se rapprocher d'un modèle consensuel : une famille mononucléaire, avec des parents salariés et des enfants scolarisés, même si l'insistance de Laurence sur ce dernier point trahit ses inquiétudes et son jugement.

Vient le tour d'Helena Janko, que Mme Rudan va chercher en salle d'attente pour qu'elle les rejoigne en consultation. Helena ne parle pas français et le comprend à peine. Elle veut une contraception, mais son mari refuse ; elle a souhaité la présence de Mme Rudan à ses côtés pour que son amie, habituée du CPEF, la soutienne et fasse office de traductrice. Les présentations faites, la conversation s'engage sur la vie de famille. Rapidement mise au courant de la situation, Laurence s'exclame : « Il ne faut pas tout dire au mari ! » Mme Rudan traduit et rit avec Helena. « Les maris, ils regardent tout !... Mais moi je ne veux pas mentir. C'est comme ça chez nous. »

Helena a 17 ans. Laurence réfléchit : « Donc en novembre vous êtes majeure… Et vous êtes mariée ? » Mme Rudan opine, en précisant qu'Helena s'est mariée à quatorze ans. « Vous l'avez choisi ? » Helena hoche la tête ; Mme Rudan précise qu'il « est gentil ». Un temps, les deux femmes se regardent, observées par Laurence. Puis Mme Rudan dit que « Mme Janko est venue pour un implant ». La docteure demande si Helena a déjà un enfant, ce qui est le cas. Il est en salle d'attente, il pleure. Mme Rudan demande si elle peut aller le chercher. Laurence hésite un peu, puis sourit : « Ok, plus on est de fous plus on rit ! ». Elle fait tout de même remarquer que le mari pourrait s'occuper de son fils. « Il l'a gardé dans le parking et puis après il a appelé car il pleurait. » Laurence secoue la tête et se retient de commenter, les lèvres pincées. Helena sort et revient avec son bébé. Laurence et Helena s'installent à la table gynécologique. L'enfant pleurniche. Une fois le geste réalisé, les deux femmes se lèvent et continuent de converser avec Laurence. Dès qu'Helena et Rosa quittent la pièce, la médecin

regrette : « Ce qui est dur avec ces populations, c'est les violences. On ne sait pas comment les aider. »

La consultation fait émerger la figure d'un homme autoritaire, oppresseur, qui désire des enfants sans savoir ou vouloir s'en occuper, un conjoint menaçant auquel il est préférable de ne pas tout dire. Être une femme « française », pour les professionnelles, c'est être une femme indépendante de son époux et qui, si elle peut recourir au secret, n'agit pas moins en autonomie (Gourdeau, 2015). A l'inverse, dans l'imaginaire de Laurence, « avec ces populations », les conjoints sont violents. Certes, cette figure récurrente peut être pour partie adossée à l'expérience des praticiennes ; mais elle est surtout l'incarnation de leurs jugements racialisants et de l'assimilation constante entre extériorité et danger. Ne pas être intégrée, être en-dehors de la communauté nationale (blanche), c'est aussi s'exposer aux risques de la violence et de l'irrationalité des « populations » moins civilisées. « En être », à l'inverse, c'est adhérer à un certain idéal, adossé à des conduites et des manières d'être et d'agir spécifiques. Ainsi, pour la plupart des professionnelles, les femmes qu'elles prennent en charge – lorsqu'elles sont raisonnables et « intégrées » –, sont disposées à adhérer à leurs conseils et incorporer les pratiques prescrites. En « France », le corps des femmes leur appartiendrait, et tout écart est saisi comme la marque d'un degré moindre de « francité ».

Dès lors, agir pour la planification, promouvoir une certaine contraception, faciliter l'avortement, c'est aussi – pour les praticiennes – soutenir le désir « d'intégration nationale ». Désormais, ce n'est plus l'homme qui décidera d'une grossesse, qui imposera son désir à son épouse, sa sœur ou sa fille, mais bien une femme émancipée qui, comme sujet soutenu par des médecins et des travailleuses sociales, aura les moyens techniques et les ressources affectives pour ruser et parvenir à ses fins. Mais pour apprendre à se dégager de l'emprise de « l'Autre », il faut accepter la présence des autres ; pour le dire autrement, les usagères sont encouragées à déléguer une part de soi pour accéder à un peu plus d'autonomie, à trouver dans l'institution qui les prend en charge un peu plus de ressources pour s'affirmer comme un sujet national de valeur supérieure.

Ainsi, l'entreprise d'*empowerment* qui nourrit la planification prend aussi sens dans le cadre national qui le façonne. On attend des femmes qu'elles intègrent certains standards procréatifs et, surtout, qu'elles éprouvent le désir de se rapprocher d'un idéal « national » d'émancipation que l'on jauge pour partie en fonction de conduites corporelles spécifiques (contraception, suivi gynécologique, auto-surveillance, limitation du nombre d'enfants, sexualité non reproductive, etc.) Agir dans le sens d'une maîtrise de sa fertilité (selon des moyens jugés légitimes par les institutions socio-médicales), ce n'est pas que manifester sa rationalité, sa responsabilité ou son autonomie. C'est aussi exprimer deux appartenances en tension. D'une part, à la communauté universelle des « femmes », celle pour laquelle le féminisme institutionnel des CPEF se bat (contre les maris, les oppresseurs, la religion, le voile, etc.) et qui, tout en étant saturé d'évaluations, se pense comme sororité sans frontières. Cette première appartenance se situe au cœur même du projet libéral qui nourrit et justifie la planification et son ambition émancipatrice. Mais cette identité se heurte à une seconde, révélée par la pratique professionnelle et la clinique (ou plutôt leur ethnographie). Etre femme est une condition nécessaire, mais non suffisante. Il faut aussi se penser comme telle, et lutter pour sa défense en adhérant aux valeurs définissant, dans le cadre français, ce qu'être femme veut dire. Il faut ainsi se saisir comme une femme « libérable » (et donc libérale), c'est à dire comme une « nous », ce sujet rationnel, améliorable et transformable, apte à se saisir de

ressources mises à sa disposition pour se rapprocher – toujours un peu plus – d'une femme idéale et idéalisée, maîtresse de sa vie et de sa destinée.

Nous autres, médicalisées

Réforme de soi, gestion rationnelle et médicalisée de sa capacité reproductive, éthique de la sérénité, adhésion aux normes nationales… La planification peut se saisir comme un dispositif institutionnel qui, par un rapport d'assujettissement/subjectivation (Foucault, 1976) invite les usagères à se transformer comme sujets-femmes. Ainsi, le chemin de la sérénité commence par l'acceptation d'une condition féminine vulnérable, soumise aux dangers de sa sexualité et d'une dépossession par les hommes de son corps et de son esprit. Chacune à la responsabilité de se protéger de ses menaces, en adoptant des pratiques et un suivi qui garantissent sa tranquillité et son bonheur. Le corps impose ainsi la maîtrise de techniques spécifiques, certes médiées par la médecine mais appliquées par des individus rationnelles et maîtresses de leurs vies. Contre les hommes et leur pouvoir, c'est encore au plan individuel que l'action est encouragée : transformation de ses désirs et de ses espoirs, souci de soi, autonomisation, individualisation. Pour les agents de la planification, c'est en travaillant sur l'affectivité et en invitant les femmes à devenir un sujet agissant pour elles-mêmes que peut être réalisé le meilleur des soutiens.

La sérénité, comme projet et objectif, apparaît comme le sentiment autour duquel se réunit une communauté, le « point d'attachement » (Ahmed, 2012) des femmes qui travaillent leur autonomie et leur liberté. Mais ce travail sur soi n'est pas qu'une invite à la maîtrise de son corps et de son esprit ; c'est aussi la marque de son appartenance à un certain degré de civilisation. Refuser d'adhérer au projet défendu par la planification, c'est se tenir à une distance dangereuse d'un nous féminin profondément enraciné dans une certaine conception de la France et de la citoyenneté. Le travail sur soi permet de s'intégrer à un « nous, femmes », qui dissimule derrière son universalité revendiquée une définition historique précise et spécifique du concept de « femme » – découvrant ainsi le poids des logiques nationales dans la formalisation des catégories de perception et d'action. Savoir « se gérer » apparaît alors comme une marque d'appartenance aux strates supérieures de civilisation. Dans le contexte politique français actuel, le cheminement vers la sérénité et le renforcement de l'autocontrôle se fait aussi voie d'apprentissage d'une certaine citoyenneté au féminin qui, parce qu'elle élit et reconnaît des « compétentes », exclue et marginalise celles qui se tiennent aux marges des pratiques légitimes. La planification, et plus généralement les dispositifs contemporains de gestion du potentiel reproducteur, sont des conquêtes féministes historiques ; mais ils apparaissent aussi, parce qu'ils promeuvent un certain rapport de soi à soi et de soi aux autres, comme des technologies citoyennes spécifiques dessinant, par le soutien, l'aide et le soin, des frontières de civilisation.

Bibliographie

ABU-LUGHOLD L. (2002), « Do Muslim Women Really Need Saving? Anthropological Reflections on Cultural Relativism and Its Others », *American Anthropologist*, n° 104 (3), pp. 783-790.

DUPUY A. (2014), *Une Promesse de sérénité. La prise en charge en Centre de Planification et d'Education Familiale*, Mémoire de Master Recherche à l'EHESS, sous la direction de Sébastien Roux.

AHMED S. (2010), *The Promise of Happiness*, Durham, Duke University Press.

BAJOS N. & FERRAND M. (2006), « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, n° 61, pp. 91-117.

BAJOS N. & FERRAND M. (2011), « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 42-60.

BARD C. & MOSSUZ-LAVAU J. (dir.) (2006), *Le Planning familial. Histoire et mémoire 1956-2006*, Rennes, PUR.

BESSIN M. (2009), « Focus – La division sexuée du travail social », *Informations sociales*, n° 152, pp. 70-73.

BOLTANSKI L. (2004), *La Condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard.

BURAWOY M. (1998), « The Extended Case Method », *Sociological Theory*, n° 16 (1).

COHEN Y. (2012), « Le genre des États-providence : maternalisme et familialisme en France et au Canada », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, pp. 32-51.

DEVREUX A.-M. (1982), « De la dissuasion à la normalisation. Le rôle des conseillères dans l'entretien pré-IVG », *Revue française de sociologie*, n° 23 (3), pp. 455-71.

DONZELOT J. (1977), *La Police des familles*, Paris, Les Editions de Minuit.

DURKHEIM E. (1925), *L'Education morale*, Paris, F. Alcan.

DOUGLAS M. (1999), *Comment pensent les institutions ?* Paris, La Découverte.

ESSED P. (1991), *Understanding Everyday Racism, An Interdisciplinary Theory*, Newbury Park, Sage, 1991.

FASSIN D. *et al.* (2013), *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat*, Paris, Le Seuil.

FASSIN D. & MEMMI D. (dir.) (2004), *Le Gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

FISCHER N. & SPIRE A. (2009), « L'État face aux illégalismes », *Politix*, n° 87 (3), pp. 7-20.

FLAHAUT E. (2013), « Le Planning familial et la professionnalisation du conseil conjugual et familial : reproduire la norme de genre au nom de la subversion ? », *Cahiers du Genre*, n° 55, pp. 89-108.

FOUCAULT M. (1976), *Histoire de la sexualité, t. 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT M. (2012), *Du Gouvernement des vivants. Cours au Collège de France. 1979-1980*, Paris, Gallimard-Le Seuil.

FOUCAULT M. (2014), *Subjectivité et Vérité. Cours au Collège de France. 1980-1981*, Paris, Gallimard-Le Seuil.

GAGNON J. & SIMON W. (1973), *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*, Chicago, Aldine.

GOURDEAU C. (2015), « Une politique d'intégration au service des femmes étrangères ? L'exemple français du Contrat d'accueil et d'intégration », *Hommes et migrations*, n° 1311. *En ligne*.

GUYARD L. (2010), « Chez la gynécologue », *Ethnologie française*, n° 40 (1), pp. 67-74.

HOCHSCHILD, A. R. (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.

HORELLOU-LAFARGE C. (1982), « Une mutation dans les dispositifs du contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, n° 23 (3).

LAIDLAW J. (2014), *The Subject of Virtue: an Anthropology of Ethics and Freedom*, Cambridge, Cambridge University Press.

LE NAOUR J.-Y. & VALENTI C. (2003), *Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècles*, Paris, Gallimard.

LE VAN C. (1998), *Les Grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan.

MAHMOOD, S. (2011), « Capacité d'agir, émancipation et sujet féministe » in collectif (dir.), *Penser à gauche. Figures de la pensée critique aujourd'hui*, Paris, Editions Amsterdam, pp. 390-403.

MATHIEU M. & RUAULT L. (2014), « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, n° 107.

MAZOUZ S. (2017), *La République et ses autres. Politiques de l'altérité dans la France des années 2000*, Lyon, ENS Editions.

MOLINIER P. (2013), *Le Travail du care*, Paris, La Dispute.

PAVARD B., ROCHEFORT F. & ZANCARINI-FOURNEL M. (2012), *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975*, Paris, Armand Colin.

ROSE N. (1989), *Governing the Soul: The Shaping of the Private Life*, London, Routledge.

ROUX S. (2012), « La discipline des sentiments. Responsabilisation et culpabilisation dans la justice des mineurs », *Revue française de sociologie*, n° 53 (4), pp. 719-742.

ROUX S. (2014), « La matrice pénale. Devenir adulte sous protection judiciaire », *Politix*, n° 108, pp. 11-30.

ROUX S. & VOZARI A.-S. (2018), « Parents at their Best: The Ethopolitics of Family Bonding in France », *Ethnography*, vol. 19, 1, pp. 3-24.

STOLER A.-L. (2013 [2002]), *La Chair de l'empire. Savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*, Paris, La Découverte.

ZIGON J. (2011), *"HIV Is God's Blessing". Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, Berkeley, University of California Press.