



HAL
open science

L'ethnographie comme travail émotionnel : une enquête de terrain sur l'avortement

Raphaël Perrin

► **To cite this version:**

Raphaël Perrin. L'ethnographie comme travail émotionnel : une enquête de terrain sur l'avortement. Genèses. Sciences sociales et histoire, 2023, 132 (3), pp.97-115. <10.3917/gen.132.0097>. <hal-04666376>

HAL Id: hal-04666376

<https://hal.science/hal-04666376v1>

Submitted on 26 Jan 2026

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

L'ethnographie comme travail émotionnel : une enquête de terrain sur l'avortement

Raphaël Perrin

« Nous avons, pour la plupart, des emplois qui nécessitent plus ou moins de manipuler nos sentiments et ceux des autres, et, en ce sens, nous sommes tous un peu des hôtesse de l'air » (Hochschild 2017 [1983] : 31).

Au cours de ma recherche sociologique consacrée au travail d'avortement sous l'angle des professionnel·les de santé qui le prennent – ou non – en charge, j'ai été amené à lire *le Prix des sentiments* d'Arlie Hochschild. Elle y forge le concept de « travail émotionnel » pour analyser le quotidien professionnel des hôtesse de l'air. Les émotions sur lesquelles les hôtesse doivent travailler, ce sont d'une part les leurs – elles sont sommées d'exprimer calme et bienveillance et même de les *ressentir* plutôt que seulement les feindre – et de l'autre celles des passagers et passagères chez qui elles cherchent à produire un sentiment de contentement et de sécurité. Alors que je pensais trouver dans son analyse d'éventuels outils de lecture du travail mené auprès des femmes qui avortent, ce sont les points de convergence entre le travail d'hôtesse de l'air décrit par l'autrice et celui de sociologue tel que j'en avais fait l'expérience au cours de mon enquête ethnographique qui m'ont frappé.

L'ethnographie, plus que les autres méthodes d'enquête en sciences sociales, implique un travail émotionnel – conscient ou non – du chercheur ou de la chercheuse du fait de sa présence prolongée et immersive sur le terrain et du rôle des relations nouées avec les enquêté·es dans la récolte et dans la qualité des données obtenues. Se faire accepter et – c'est souvent nécessaire à la conduite du terrain – apprécier par les enquêté·es dépend certes de dynamiques sociales qui dépassent l'ethnographe ou s'incarnent à travers lui ou elle : position dans les hiérarchies universitaires et les rapports d'âge (Darmon 2005), de classe (Mauger 1991 ; Pinçon et Pinçon-Charlot 1991), de genre (Monjaret et Pugeault 2014 ; Clair 2016b), de race (Mazouz 2008 ; Cosquer 2020) et leur intersection (Jounin 2014 ; Lasserre 2020). L'entrée sur le terrain et son bon déroulement reposent aussi sur des pratiques, dispositions et compétences émotionnelles, que leur conceptualisation comme *travail* permet d'objectiver et, partant, de soumettre à l'analyse et à la discussion.

Il ne s'agit pas ici de donner des conseils méthodologiques, de compléter le *Guide de l'enquête de terrain* (Beaud et Weber 1997) par quelques trucs et astuces sur les manières de donner envie aux enquêté·es de se confier, par de nouvelles ficelles du métier indiquant, à côté de ce qu'il faut observer et des manières de le faire, ce qu'il faudrait ressentir et comment. Cet article entend plutôt discuter certaines implications épistémologiques et éthiques du travail émotionnel du chercheur ou de la chercheuse en sciences sociales, et à mettre en lumière les coûts différenciés que ce travail invisibilisé peut avoir pour lui ou elle selon sa position dans le champ académique et dans les différents rapports sociaux.

Si un degré minimal d'empathie envers les enquêté·es apparaît comme un impératif méthodologique de toute approche compréhensive en sciences sociales, c'est une posture plus ou moins facile à adopter selon les objets de recherche, terrains et relations d'enquête (Nikolski 2011), pour lesquels l'ampleur et les conditions de travail émotionnel varient. Le maintien d'interactions bienveillantes avec des enquêté·es dont les valeurs et prises de position sont diamétralement opposées aux nôtres peut être épuisant et pénible. De même lorsqu'il s'agit d'approfondir des relations d'enquête face à des pratiques que l'on réprovoque, violences, usage et renforcement

des positions de domination, ou à l'inverse face à la souffrance et à l'exploitation des plus dominé·es. Que faire quand la « bonne distance » et l'empathie cèdent la place à la colère et à l'indignation, à la tristesse et au sentiment d'impuissance ? Quand les émotions du chercheur ou de la chercheuse cessent d'être un outil de la relation d'enquête pour devenir un obstacle à la poursuite du terrain ? Que reste-t-il de la neutralité souvent exigée, du principe de symétrie, de l'approche compréhensive des enquêté·es ? Et puis, deux enjeux d'une tout autre importance : quand faut-il quitter la position d'observateur ou observatrice passive et apporter son aide, exprimer sa réprobation ou son soutien aux enquêté·es, prendre parti pour certain·es contre d'autres ? Comment (ne pas) conserver son équilibre émotionnel et sa santé en enquêtant en « terrain difficile » (Boumaza et Campana 2007) ? L'écriture de cet article apparaîtra plus passionnée qu'il est d'usage en sciences sociales, mais c'est là tout son objet : rendre compte des émotions de la recherche et de leurs enjeux.

Pour illustrer ces réflexions autour du travail émotionnel dans la recherche ethnographique, je m'appuie sur le premier des terrains réalisés dans le cadre de ma thèse : quatre mois d'observation à temps plein dans un centre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) d'un grand hôpital français, menée en 2021-2022. Le centre est doté d'une relative autonomie tout en étant rattaché administrativement au service de gynécologie de l'hôpital. Il dispose de locaux dédiés, accolés à la maternité. Deux secrétaires, cinq infirmières, une aide-soignante et une sage-femme y ont des postes à temps plein, une conseillère conjugale et familiale à temps partiel. Parmi les trois médecins diplômé·es, l'une est gynécologue médicale et travaille aux IVG à plein temps, une autre est médecin généraliste présente trois demi-journées par semaine, la troisième est assistante cheffe de clinique¹ en gynécologie médicale et se voit déléguer par le chef de service de gynécologie la responsabilité du service. Une interne de gynécologie médicale et une interne de médecine générale sont dans le service pour un stage de six mois. J'ai assisté aux temps informels de l'équipe, à l'accueil des femmes en demande d'IVG, aux consultations, aux interventions au bloc opératoire, aux entretiens psychologiques et aux prises en charge infirmières². À l'exception du chef de service de gynécologie et d'un anesthésiste qui passent très ponctuellement dans le centre ou des rares hommes accompagnant leur conjointe ou leur fille en demande d'IVG, il s'agit d'un environnement de femmes. Habillé comme les infirmières du service, je me présente à l'avortante avant son entrée dans la salle de consultation, lui décris rapidement le principe de mon travail puis demande l'autorisation d'assister à sa prise en charge³. En cas d'examen gynécologique ou d'échographie, je me place « au coin », à distance, tourné vers les murs, avant de lui demander si elle préfère que je sorte complètement de la pièce⁴.

Après avoir donné un aperçu des tensions que pose l'observation de rapports de domination ordinaire à partir du cas de la production médicale de mal-être lors de la prise en charge des demandes d'IVG, j'analyserai la manière dont peuvent s'imposer brutalement les exigences, coûts et difficultés émotionnelles du travail de recherche. Je montrerai enfin que la gestion des émotions sur le terrain se trouve au centre de contradictions entre préservation de soi, impératifs professionnels, scientifiques et éthiques de la recherche ethnographique, dont je proposerai des pistes de dépassement.

Faire l'ethnographie de la domination médicale

Si distinguer et qualifier ce qui relève de violences médicales ferait sans doute l'objet d'un travail dont cet article n'est pas le lieu, j'ai été confronté, pendant ces mois de terrain, à la détresse de nombreuses femmes en demande d'avortement⁵, et à des prises en charge ou refus de prise en charge qui reflètent indubitablement des mécanismes de pouvoir dont elles font les frais : médecins impatientes les bousculant, explications expéditives

voire inexistantes, propos racistes, prise en charge différentielle selon des critères de race, langue, santé mentale, âge et classe, punition des « récidivistes⁶ », des femmes jugées impolies ou se présentant en retard par l'allongement du parcours d'IVG et l'ajout de consultations et d'entretiens psychologiques alors présentés comme obligatoires, imposition de la méthode d'avortement ou d'une contraception jugée efficace (implant contraceptif, dispositif intra-utérin (DIU), stérilisation), mensonges portant sur la réglementation entourant l'IVG ou exagérant les conséquences de l'avortement sur la santé, insistance pour que la femme en demande d'avortement poursuive sa grossesse, etc.⁷ Dans cet article, je considère d'un même mouvement les maltraitances provenant de médecins et celles causées par les sages-femmes, conseillères et infirmières du service, qui participent par délégation à l'exercice collectif du pouvoir médical. En voici quelques exemples tout à fait banals tirés de mes carnets de terrain :

« J'assiste à une consultation pré-IVG menée par Sandrine (sage-femme, 46 ans) avec Mme A., 35 ans, blanche. Sandrine fait l'échographie. On est à 14 semaines d'aménorrhée (SA) et 1 jour⁸.

Sandrine : Vous dépassez la date limite. (Mme A. éclate en sanglots, qui ne s'arrêteront pas pendant les dix minutes que durera encore la consultation.) C'est difficile pour vous ?

Mme A. : Bah le père ne veut pas. Je vais me retrouver seule avec deux enfants...

Sandrine : Bah oui, mais c'est la loi... En plus le rendez-vous anesthésiste c'est pas possible là... (Silence.)

Mme A. (en pleurant) : Si c'est trop tard, c'est trop tard.

Sandrine (surprise) : C'est une bonne nouvelle ce que je vous dis ? (Silence, Mme A. pleure.) Vous avez un psy ?

Mme A. : Non.

Sandrine : Vous pouvez revenir demain voir la psychologue pour parler un peu de ça. Ou plutôt je vous recommande d'aller voir en PMI dès aujourd'hui, elles vous aideront. Parce que là vous n'avez pas le choix, hein. Ça va aller ? On aurait été à "13 [SA] + 4 [jours]", "13 + 5", on aurait pu jouer avec l'écho, mais là l'échographie elle est bien faite, malheureusement on a des chiffres, on peut pas...

La consultation se termine. Mme A. sort.

Sandrine (se tournant vers moi) : Dans ce que je ressens de cette dame, c'est elle qui dit "c'est bon ok". Parce que sinon tu sais on peut proposer aux femmes qui dépassent de passer devant un staff pour une IMG [interruption médicale de grossesse] [...]. C'est une dame qui est dans l'ambivalence et qui a besoin que ça soit nous qui disions non, qui fixions les limites. Même si pour elle c'est compliqué parce que le père est parti, elle aurait réagi différemment si elle voulait avorter. (Silence.) Parfois c'est aussi une tentative pour reconvaincre les mecs avec qui elles sont.

Sur le dossier de Mme A., Sandrine note "soulagée de savoir qu'elle dépasse 14 SA".

Raphaël : J'ai vu des patientes à "14 + 1", "14 + 2", jusqu'à 15 semaines, être acceptées ici.

Sandrine : Oui. C'est nous qui décidons. [...] Une femme que je reçois à 14 + 1, mais qui serait vraiment dans le désarroi... bon. Mais là, non.

Plus tard, Sandrine raconte la consultation à Olivia (gynécologue médicale, 26 ans) et Laurence (gynécologue médicale, 65 ans). Elles abondent dans son sens :

Olivia : Peut-être qu'elle avait besoin qu'on lui dise non pour elle.

Sandrine : Si elle avait pleuré en disant que c'est vraiment pas possible... Tu peux pas prendre la misère du monde, dire oui à tout le monde alors que tu as des dates. Bon, je dis pas, la mineure violée qui arrive à 14 [SA]... Ah et puis la dernière patiente que j'ai eue, qui arrêta pas de parler !

Laurence : Oh, mais il faut leur dire quand elles te soûlent. »

Mme A., qui ignore la marge de manœuvre laissée aux professionnel·les dans la détermination du terme limite auquel les femmes peuvent avorter, se résigne – avec douleur, contre sa volonté et la stabilité de son couple – à garder la grossesse. Sandrine prend sa résignation pour un signe d'ambivalence : au fond, malgré sa

demande explicite (l'IVG) et sa détresse (larmes continues), Mme A. voudrait garder la grossesse et serait « soulagée » de se voir refuser l'avortement. Confortée par l'équipe de gynécologues, la sage-femme refuse donc sa demande alors qu'elle aurait accepté celle d'une femme qu'elle jugerait « vraiment dans le désarroi ». J'assiste presque quotidiennement à de telles situations où les professionnelles de santé jaugent « la demande derrière la demande » (selon l'expression de Lou, 40 ans, psychologue en centre d'IVG), tentent d'évaluer la « vraie détresse », et ajustent la réponse donnée à la demande d'avortement.

Un autre exemple :

« Juliette (gynécologue médicale, 30 ans) sort d'une consultation pré-IVG avec Mme B. et s'adresse discrètement à Armelle et à Amélie (infirmières, 55 et 50 ans) qui s'apprêtent à la recevoir pour programmer la date de l'IVG :

Juliette : La patiente avec la jupe courte. C'est sa 4^e ou 5^e IVG. Je lui ai dit qu'il faut qu'elle fasse l'entretien⁹, mais elle ne veut vraiment pas. Vous pouvez insister pendant la programmation ?

Armelle : 4^e ou 5^e IVG moi je leur dis que c'est obligatoire, que c'est la procédure.

Juliette : Oui, je fais ça aussi d'habitude...

Amélie : C'est pas une IVG qu'il lui faut, c'est une ligature !

Armelle et Amélie voient Mme B. pour programmer son IVG médicamenteuse. Elle est à 7 SA :

Armelle : Rendez-vous le jeudi 2 [trois jours après].

Mme B. : Ah non c'est trop tard. Avant c'est pas possible ?

Armelle : Non non, vu vos antécédents, la procédure c'est que vous voyiez la conseillère.

Mme B. : Mais je pars en Turquie...

Armelle : On programme au retour alors. C'est quand ?

Mme B. : Le 10.

Armelle : Ah, mais vous aurez dépassé pour l'IVG médicamenteuse. On n'aura plus le droit de vous donner. Il faut faire par aspiration.

Mme B. : Ah non ! J'ai trop peur ! J'ai pas envie. J'ai peur de l'anesthésie.

Armelle : De toute façon on n'a pas le choix. Ou vous restez à [ville], ou on vous le fait par aspiration à votre retour. Vous partez quand ?

Mme B. : Le 3.

Armelle : Eh bien là vous allez voir la conseillère tout de suite après cette consultation – c'est obligatoire, c'est la procédure – et on vous programme en anesthésie générale à votre retour. »

Dans cette situation, les soignantes mentent de manière concertée à Mme B. pour lui imposer un entretien psychologique pourtant optionnel d'après la loi alors qu'elle « ne veut vraiment pas »¹⁰. Elles refusent par ailleurs de réaliser l'IVG rapidement, ce qui serait pourtant possible puisque la loi autorise la prise du médicament le jour même de la consultation (pratique que j'ai pu observer ultérieurement dans d'autres centres). Mme B. doit non seulement attendre deux semaines, mais en outre avorter avec une méthode qui la terrifie. Le même jour, une situation similaire – mensonge et temporisation de l'IVG – se reproduit : Laurence sort d'une consultation pré-IVG, me dit qu'elle soupçonne un désir d'enfant inconscient chez la femme en demande d'avortement qu'elle vient de recevoir. Elle hèle l'infirmière en charge de programmer les dates d'IVG et lui dit : « Ne la programme pas trop tôt, celle-ci, il faut qu'elle prenne le temps d'avancer dans sa réflexion. Dis-lui qu'il n'y a pas de place pour le moment ».

Un dernier exemple :

« Une femme en demande d'IVG, décrite comme "Maghrébine" par les soignantes, de 35 ans, semble malade, nauséuse et se plaint de douleurs au ventre. Après l'avoir vue pour fixer la date de l'opération, Armelle et Virginie (infirmières, 55 et 56 ans) estiment qu'elle simule :

Armelle : Elle geint pour qu'on la plaigne et qu'on lui pose pas de question.

Raphaël : Ah bon ? Elle nous a dit que c'était une grossesse désirée, mais qu'elle pouvait pas la garder pour des raisons de santé.

Armelle : Soi-disant ! C'est une excuse. Elle pourrait le garder si c'était que ça. Non, si tu creuses un peu tu vois qu'elle est "psy". Elle a pas de cerveau. Tu as beau vomir, tu marches pas comme ça pliée en deux. Regarde la jeune d'avant, elle était malade, mais elle marchait pas comme ça.

Virginie : Il y a une certaine complaisance dans la douleur.

Elle me confie plus tard, en salle de repos, que cette complaisance est typique des "Maghrébines" :

Virginie : Elles crient, elles pleurnichent : tu as l'impression qu'elles vont mourir.

Armelle entre dans la salle de repos et déclare à la cantonade :

Armelle : On a que des tarées aujourd'hui. Elles étaient lourdes ! Et toutes elles pleuraient... »

Voici des échanges tels que j'en observe quotidiennement, avec leurs lots de larmes, de jugements et de railleries. Si je n'ai jamais eu de peine à adopter une posture d'empathie méthodologique lors des nombreux entretiens (plus d'une centaine) réalisés au cours de mes recherches, il en a été tout autre lors de l'observation ethnographique de la domination médicale. L'expérience en temps réel du pouvoir et de ses conséquences – plutôt que leur médiatisation, en entretien, par le récit qui tient à distance les scènes évoquées – est aussi celle de la difficulté à ressentir simultanément des empathies contradictoires : celle, professionnelle, envers les enquêtées principales (les soignantes) et celle, irrésistible et politique, envers les femmes en demande d'avortement maltraitées. Être le témoin quotidien, passif et silencieux, d'abus de pouvoir médicaux, m'en fait, je le sens bien, le complice¹¹.

Du travail émotionnel à la dissonance émotive : entre tristesse, colère et *poker face*

La relation d'enquête est constituée d'une succession d'interactions supposant que le chercheur ou la chercheuse réalise un « *face-work* » (Goffman 1955), consistant à présenter et conserver une image de lui ou d'elle propice à la récolte de données. Il ou elle prétend, au moins implicitement, « être du côté » (Becker 1967) des enquêtés qui, par méconnaissance de ce qu'est la sociologie, ignorent bien souvent sa dimension critique des rapports de domination et la violence que peut représenter l'objectivation¹. La définition de la situation sur laquelle s'accordent enquêteur ou enquêtrice et enquêtés est celle, sinon d'une adhésion des premier·es aux pratiques et aux valeurs des second·es, *a minima* d'une absence bienveillante de jugement. Les émotions du chercheur ou de la chercheuse participent au maintien de cette définition commune de la situation, aussi bien celles qu'il ou elle exprime (par exemple se montrer intéressé·e, affable, impressionné, séduit·e, rire aux plaisanteries, etc.) que celles qu'il ou elle tait (par exemple la lassitude, antipathie, désapprobation, colère, répulsion, etc.²). Il ou elle peut rarement, sans risquer de « perdre la face », être pris·e en flagrant délit de réprobation en réaction aux actes ou paroles d'un·e enquêté·e. En somme, les relations d'enquête ont des « règles de sentiments » (Hochschild 2017) – variables selon les configurations et négociations de l'enquête – que le

¹ D'où le malaise qu'entraîne la restitution des résultats de l'enquête aux enquêtés lorsqu'elle fait voler en éclat la croyance dans une définition commune de la situation d'enquête.

² Bien sûr, selon les situations d'enquête, il peut être autorisé voire stratégique d'exprimer de telles émotions.

chercheur ou la chercheuse doit suivre pour accéder et se maintenir sur le terrain. Les sociologues interactionnistes, en particulier Erving Goffman, analysent avant tout les émotions sous l'angle de leur expression, en situation, n'envisageant que d'assez loin les rapports de pouvoir qui la déterminent. En m'appuyant sur les travaux d'Arlie Hochschild, qui s'en distingue (Hochschild 2003), je considérerai ici les émotions ressenties et non seulement exprimées (ainsi que la tension résultant du possible hiatus entre les deux), la dimension répétitive et processuelle et non ponctuelle et figée du travail émotionnel, avant d'étudier, dans la partie suivante, l'imbrication de ce travail émotionnel de terrain dans les différentes structures de pouvoir qui traversent le champ académique.

Ma présence sur le terrain, quatre ou cinq jours par semaine, exige un travail constant d'écoute, de soutien, d'enthousiasme et de démonstration visible d'intérêt pour les professionnelles enquêtées, de mise en retrait de soi, afin de s'engager dans ces étranges échanges individualisés et asymétriques que sont les relations d'enquête. Il s'agit de créer un sentiment de proximité et de confiance afin que mes interlocutrices acceptent ma présence en modifiant le moins possible leur comportement, partagent avec moi des éléments intimes de leur parcours de vie, souhaitent se confier à moi dès lors que surviennent des difficultés avec leurs collègues ou avec des femmes en demande d'avortement. De ce point de vue, ce fut un succès : j'accède à tous les lieux et moments du travail d'avortement, des enquêtées m'appellent sur mon portable les weekends pour trouver une oreille attentive face aux conflits professionnels, s'empressent de me raconter « ce que j'ai manqué » – le « cas », la « psy » ou la « zinzin » en demande d'IVG – lorsque je m'absente un jour du terrain, ou m'invitent à partager des moments informels en dehors du travail (verres, sorties sportives etc.).

Tout en étant favorables à un certain droit à l'avortement, la quasi-totalité des enquêtées, sur ce terrain-ci, s'opposent à sa libéralisation : elles sont défavorables à l'allongement de deux semaines du délai maximal d'IVG, alors débattu au Parlement¹², regrettent la suppression de la semaine « de réflexion » imposée aux femmes et de l'entretien psychologique obligatoire, voire déplorent, pour certaines, la gratuité de la prise en charge. Lorsque je leur apprends qu'en Colombie, la loi qui jusque-là condamnait à la prison les avortantes autorise depuis ce jour les avortements jusqu'à 24 semaines, une médecin et une infirmière – les plus anciennes du service – se regardent, font la moue, et la seconde déclare : « Ah ! Quel malheur ». Par ailleurs, certaines de leurs pratiques telles que celles présentées plus haut m'apparaissent maltraitantes et entraînent, au mieux, des prises en charge que j'estime sous-optimales (procédures longues, choix de la méthode plus nominal que réel), au pire, une violente détresse et une maternité imposée pour les femmes en demande d'avortement. Les désaccords éthiques et politiques que j'ai avec les prises de position et les pratiques des enquêtées ont dès lors impliqué une dissimulation de ma part, afin d'éviter qu'elles ne se censurent en anticipant ma réprobation. Si certaines relations d'enquête rendent possible, voire heuristique, de « se raconter » sur le terrain (Thizy, Gauglin et Vincent 2021), il me faut, ici, *m'effacer*. C'est une posture de naïveté et d'agnosticisme prudent que j'adopte, retournant tous les « Tu en penses quoi ? » et les « Qu'en dit le sociologue ? » par des « Je sais pas, qu'est-ce que tu en penses ? » et des « Houla, je suis pas médecin, moi, je peux pas en juger ». Je leur cache nos antagonismes et l'indignation que m'inspirent certains de leurs propos informels ou tenus en consultation. En l'absence de prise de position de ma part, mes interlocutrices croient que je partage celles qui sont, presque unanimement, les leurs¹³.

Je dois donc masquer non seulement mon positionnement politique en faveur de la poursuite de la libéralisation de l'avortement, mais aussi mes émotions : empathie et tristesse face au sort des victimes du pouvoir médical, agacement voire colère envers celles qui en usent et abusent. Les premiers jours, ce travail de

conquête du terrain, de production de relations d'enquête fructueuses est excitant. Au fil des mois, pourtant, la jouissance d'accéder *undercover* aux coulisses des rapports de domination cède à la fatigue émotionnelle. Supporter le travail émotionnel de terrain devient de plus en plus difficile du fait de trois phénomènes : l'accumulation des situations de « dissonance émotive » (Hochschild 2017) – décalage entre les émotions ressenties et exprimées –, la familiarité grandissante avec les enquêtées, l'approfondissement de mes connaissances sur mon objet de recherche.

L'accumulation des moments d'observation d'abus de pouvoir médical et de détresse des femmes éconduites ou malmenées a eu un effet harassant. Impuissant, j'apporte quand je le peux – c'est-à-dire très rarement – un mince soutien émotionnel aux femmes éprouvant le choc de se voir déboutées de leur demande et de devoir mener la grossesse à terme pour les unes, avorter à l'étranger pour les autres, ou à celles qui voient leur avortement différé d'une, deux ou trois semaines pour diverses raisons tenant d'un arbitraire médical. Le manque de temps seul à seule avec les femmes en demande d'avortement et le risque qu'elles révèlent mon intervention aux professionnelles enquêtées rendent difficile tout engagement risquant de m'antagoniser les soignantes, qu'il s'agisse d'expliquer les possibilités d'avortement hors délai, de contredire les mensonges ou de compléter les omissions volontaires. Mon intérêt professionnel me retient d'intervenir, et je troque un peu de ma propre estime contre la perspective d'écrire une bonne thèse, apaisant comme je peux ma conscience par l'idée plus ou moins illusoire qu'un travail de recherche pourra avoir plus de portée qu'une ingérence ponctuelle dans les pratiques des enquêtées¹⁴. J'accède également, silencieux ou complaisant souvent, aux coulisses des consultations médicales où les professionnelles se confortent dans leurs décisions, partagent leurs jugements sur les femmes rencontrées et « plaisantent » leur pouvoir (Mainsant 2008)¹⁵. Comme l'hôtesse de l'air, l'ethnologue « vend sa personnalité », opère une « mise à distance de [lui]-même » (Hochschild 2017 : 15, 16). Comme l'hôtesse de l'air, il ou elle adopte un rapport instrumental à ses sentiments, exprimant ceux qui lui semblent les plus heuristiques selon chaque terrain et chaque relation d'enquête. Cette instrumentalisation des sentiments se fait au prix d'un dévoiement de leur fonction de signal. Là où l'indignation, la tristesse ou la colère m'indiquent qu'il faut agir, prendre la parole, je cherche à les taire, à les masquer dans mes interactions avec les enquêtées. Cette dissonance émotive devient peu à peu source de frustration voire de souffrance, comme le constatait Hochschild sur son terrain : « sur le long terme, maintenir une différence entre “ressentir” et “faire semblant” de ressentir » engendre de la tension » (Hochschild 2017 [1983] : 110). On présente parfois le rôle que le ou la sociologue joue comme relevant d'un rapport de pouvoir intrinsèquement favorable à l'enquêteur ou enquêtrice qui « transform[e] [...] la vie des autres en terrain – de jeu, de lutte, de preuves » (Clair 2016a). On souligne rarement le coût qu'il peut y avoir à monnayer ses émotions contre des lignes de carnet de terrain et la peine à « être raciste avec les racistes » (Kaufmann 2006) le temps d'une recherche – parfois long.

Véra Nikolski l'a montré, l'empathie est plus facile à ressentir sur les terrains « détestables » (Zawadzki 2002) lorsqu'ils sont exotiques et l'on peut être, en terrain proche, « réticent à abandonner la posture de responsabilité citoyenne au profit d'une posture purement cognitive » (Nikolski 2011). Le travail d'avortement fait l'objet de discours militants, politiques et médiatiques croisés auxquels ni moi ni les personnes auprès desquelles j'enquête ne sommes imperméables. J'ai des attentes politiques et éthiques envers les professionnel·les de santé – main gauche de l'État – et en ai sans doute d'autant plus lorsqu'ils et elles sont sociologiquement proches de moi : en termes d'âge, de positionnement politique, de rapport à la religion et de classe sociale notamment¹⁶. Les abus de pouvoir médical de la médecin la plus âgée du service (65 ans), critiquée par ses collègues du centre d'IVG pour son manque de bienveillance envers les femmes en demande

d'avortement, si je les observe avec autant d'attention, me frappent moins violemment que ceux des plus jeunes qui se disent sensibles au féminisme et critiques des pratiques paternalistes de leurs aînées. Plus j'apprends à connaître les enquêtées et par certains côtés à les apprécier, plus j'enrage de les voir maltraitées, l'analyse sociologique ne m'ayant permis de les *comprendre*, de saisir les contraintes et injonctions auxquelles elles font face, qu'une fois que j'ai eu terminé le terrain. Dans le feu de l'ethnographie, je peine à saisir, par exemple, que les internes (et dans une certaine mesure l'assistante), tout en étant rapidement amenées à travailler en autonomie, voient la validation de leur stage (ou la possibilité d'une carrière hospitalière future) soumise à l'évaluation de leurs chef-fes. « Faire passer » une femme qui demande un avortement au terme limite suppose de bousculer le service de gynécologie : demander l'autorisation expresse au chef de service, déranger un·e anesthésiste, trouver un·e médecin diplômé·e pour faire le geste « tardif » que, dans ce service, les internes ne font pas seules et que les chef-fes n'aiment pas faire. Elles n'en ont donc ni l'intérêt, ni peut-être les moyens¹⁷.

De même, si ces internes et moi présentons une relative homologie de position – nous sommes d'ailleurs également doctorant-es –, nos situations ou conditions diffèrent. Elles sont des jeunes femmes qui travaillent sous l'autorité, certes distante, d'un homme chef de service. Leurs cheffes comme les soignantes non-médecins qui les encadrent leur enjoignent d'appliquer les protocoles du service. Utiliser le pouvoir médical sous ses différentes formes pour gagner les femmes en demande d'avortement à la raison médicale, c'est ce qu'on leur enseigne et ce qu'on attend d'elles. De mon côté, j'ai appris une sociologie attentive aux rapports de domination, j'interviens dans des collectifs de recherche où, sur les thématiques étudiées, je suis un des rares hommes, et je travaille sous l'encadrement de directrices de thèse qui participent à construire une sociologie critique de la santé. Si l'objectivation des mécanismes du pouvoir médical et de ses effets sur les avortantes est impensable ou interdite pour les jeunes médecins enquêtées, pour moi, elle n'est pas seulement possible : c'est une attente professionnelle. Le décalage entre l'indignation que je ressens face à ces manifestations de pouvoir et l'insensibilité des enquêtées est donc en lui-même un élément à étudier : de même que j'apprends, en tant que sociologue, à rendre visibles ces manifestations, ces médecins et étudiantes en médecine apprennent à les considérer comme normales. L'exercice du pouvoir médical fait l'objet d'un travail de socialisation plus ou moins explicite des jeunes médecins par les plus expérimenté·es¹⁸.

Outre la répétition des situations de dissonance émotive et la proximité avec les enquêtées, un troisième facteur accentue la difficulté du travail émotif sur le terrain, lié à l'approfondissement de ma connaissance de l'objet de recherche. En parallèle du travail d'observation, je menais une série d'entretiens auprès de professionnel·les de santé choisi·es avec un objectif de diversité de sexe, âge, région, lieu et mode d'activité, avancement dans la carrière médicale, engagement dans les structures syndicales ou scientifiques de la profession, engagement vis-à-vis du travail d'avortement. En interrogeant ces soignant·es sur leurs pratiques, j'ai pu constater que celles que j'observais dans le centre d'IVG étaient, certes, loin d'être exceptionnelles, mais aussi qu'elles auraient pu être tout autres, et que beaucoup étaient en contradiction avec la loi ou avec les recommandations des autorités de santé. Le travail de dévoilement de la sociologie par l'approche comparative que je commençais ainsi à mener et par ma familiarité grandissante avec la littérature scientifique (sociologique et médicale) sur le sujet m'a permis de dénaturiser les pratiques observées et de prendre conscience que certains discours tenus aux femmes en demande d'avortement étaient parfois faux, d'autres en partie ou totalement mensongers. En éclairant certaines manifestations plus subtiles de pouvoir, l'intelligence croissante du sujet multipliait les occasions d'indignation et, donc, les moments de dissimulation émotif.

Un jour de terrain, je craque. Deux consultations se sont enchaînées, tendues. La première, entre l'interne de gynécologie médicale, Olivia, et une femme de 35 ans, victime de viol. Elle est venue au premier signe de retard de règles. Elle est enceinte, oui, mais ne l'est pas assez aux yeux d'Olivia qui lui demande de revenir une semaine plus tard afin que l'embryon soit plus développé et que l'on puisse s'assurer que la grossesse est bien dans l'utérus (plutôt qu'« extra-utérine ») avant de l'interrompre. D'autres médecins – je le savais des entretiens menés par ailleurs – se seraient conformé·es à son souhait d'avorter au plus vite, lui demandant de réaliser un test sanguin dans les jours qui suivraient pour vérifier le succès de l'avortement (succès qui écarte la possibilité d'une grossesse extra-utérine, événement par ailleurs relativement rare). Mais Olivia et ses collègues du centre d'IVG ne font pas confiance aux femmes pour faire un bilan sanguin après l'avortement (« Tant qu'elles n'ont pas eu leur IVG, on les tient », me dira Laurence). La femme est hagarde, sous le choc : « Merde... C'est pas vrai... (*Silence.*) Je peux pas attendre ». Olivia lui ment : « Légalement on n'a pas le droit ». La consultation terminée, je me permets de lui signaler que la vision échographique de la vésicule vitelline (puisque c'est de cela qu'il s'agit) n'est pas une obligation légale et que des médecins s'en passent. « Je sais, me répond-elle, mais c'est plus simple ». Lorsque la femme reviendra, une semaine plus tard, on jugera toujours la grossesse trop « petite ». Elle devra encore attendre trois jours supplémentaires avant qu'on accepte de programmer son avortement¹⁹. La seconde consultation difficile est celle d'une femme demandant une IVG deux jours avant le terme limite jusqu'auquel l'avortement est autorisé. Si elle n'a pas pu venir plus tôt c'est qu'il lui fallait, dit-elle, trouver quelqu'un pour garder son fils handicapé. Elle évoque son mari qui la bat. Elle est, légalement, dans les délais pour avorter, mais nous sommes vendredi midi et le service ferme le weekend. Embêtée par cette femme qu'elle ne croit pas vraiment victime de son conjoint et sa demande d'avortement trop proche du délai limite, Olivia la déboutte en lui conseillant de contacter une structure prenant en charge les violences faites aux femmes, qu'elle lui désigne. Une fois la femme partie, Olivia m'exprime ses doutes quant aux explications de celle-ci concernant son conjoint et son enfant, et précise : « Mais ils la prendront bien en charge à X [la structure en question]. » Je lui demande : « Mais elle n'aura pas son IVG, du coup ? » Elle répond : « Elle l'aura pas, non ». Cette femme battue et élevant un enfant handicapé devra donc ou bien mener la grossesse à terme, ou se rendre dans un autre pays tel l'Espagne pour avorter moyennant plusieurs centaines d'euros, ou encore tenter sa chance dans les incertaines, longues et éprouvantes procédures de demande d'interruption médicale de grossesse pour détresse psychosociale (Perrin, 2023).

Sortant de cette seconde consultation, je m'enferme aux toilettes. Je pleure. De tristesse pour ces femmes – et toutes celles des mois précédents – dont les vies s'effondrent sous un arbitraire médical. De rage contre cette production de mal-être par des « soignantes » qui s'estiment bienveillantes. D'indignation face à la désinvolture d'Olivia dans son rejet de la demande de ces femmes et son détachement face à leur souffrance. De révolte contre le pouvoir symbolique de la médecin, dont les propos et décisions ne sont pas un instant remises en cause par des femmes qui se fient à elle. Je refoule mes larmes, sors, et me rends dans le secrétariat où j'entends Olivia raconter les deux consultations au reste de l'équipe. Elle se demande si elle a bien fait de refuser la seconde femme. « Oui oui, ça va, elle n'avait qu'à venir plus tôt, il faut pas abuser », lui répond une infirmière. Je me force à lui sourire. Elle semble satisfaite de sa matinée de travail. Je me fais violence et, la boule au ventre, m'impose de rester sur le terrain cet après-midi-là, par rigueur professionnelle, pour consigner tous les échanges dans l'équipe auxquels ces consultations pourraient donner suite : ces moments, pour tragiques qu'ils soient, constituent un matériau de premier ordre. Comme me le disait entre deux sanglots une femme que j'ai un jour guidée dans les couloirs labyrinthiques de l'hôpital vers sa consultation de suivi de grossesse – elle venait tout

juste de se voir refuser l'avortement, ayant dépassé le terme limite –, « au moins vous n'aurez pas perdu votre temps ». Elle avait raison.

Mais quelque chose s'est cassé – ou du moins a évolué – ce jour-là dans mon rapport au terrain. Les jours qui suivent, je peine à dissimuler ma réprobation dans les situations similaires à celles décrites. Ma patience est à bout, ma présence dans le service devient une lutte interne, physiquement pénible, répétée à chaque consultation. Ce *faire semblant* qui m'enthousiasmait au début est devenu insupportable. Mon équilibre émotionnel, désormais précaire, est menacé par chaque nouvel abus de pouvoir médical. Je décide de quitter le terrain, définitivement, plusieurs semaines avant la date initialement prévue. Des mois plus tard, ma gorge se serre encore quand j'évoque ces moments.

Concilier son équilibre émotionnel avec les impératifs professionnels, scientifiques et éthiques de la recherche

Dans l'expérience de terrain dont j'ai fait le récit, les modalités du travail émotionnel du chercheur ou de la chercheuse recourent, on le voit, des enjeux à la fois personnels (bien-être), professionnels (récolter des données, poursuivre l'enquête), éthiques (cacher sa position et son ressenti aux enquêtés, intervenir ou non face aux violences latentes sur le terrain) ainsi que, cela reste à montrer, épistémologiques. Ces différents enjeux entrent en contradiction et apparaissent difficiles – mais peut-être pas impossibles – à concilier.

Plaidoyer pour des savoirs émotionnellement situés

La question de l'engagement et de la distanciation en sciences sociales continue – peut-être plus que jamais – à faire couler l'encre. La *neutralité* en valeur est présentée par les un-es comme impossible (Pfefferkorn 2014 ; Clair 2016a), voire trompeuse et appauvrissante (Haraway 1991 ; Harding 1991 ; Puig de la Bellacasa 2003), par d'autres comme inséparable d'une position scientifique (Heinich 2021). Qu'en est-il de la neutralité *émotionnelle* du chercheur ou de la chercheuse sur le terrain : est-elle possible ou souhaitable ? La colère est parfois dite politique. N'est-elle pas, aussi, antiscientifique, signe de l'absence d'une distance suffisante avec son objet de recherche ? Ne suis-je pas en train d'enfreindre une ou deux règles de la méthode sociologique en écrivant (sur) ma colère ? Comme la sexualité dans la relation d'enquête (Clair 2016b ; Patarin-Jossec 2020), la détresse émotionnelle de l'ethnologue sur le terrain est rarement écrite, sans doute en partie par pudeur, mais surtout, je crois, par crainte de se voir reprocher son manque de distance, de passer pour un-e mauvais-e chercheur ou chercheuse.

L'implication émotionnelle est pourtant une conséquence – voire une condition – du travail ethnographique, certes à des degrés variables. Elle peut avoir des vertus épistémologiques – comme l'écrit Saba Le Renard du « malaise » sur le terrain (Le Renard 2019) – et certaines de ses limites peuvent être neutralisées par les outils des sciences sociales. En effet, les sentiments provoqués par le terrain rendent manifestes les dispositions incorporées, et incontournable l'analyse réflexive du rapport à l'objet. Impossible de croire à sa position surplombante, de se laisser prendre à l'illusion d'objectivité totale quand on se voit pleurer dans les toilettes. Les émotions de la chercheuse ou du chercheur le situent, rendant visibles ses représentations et conceptions morales. Elles n'agissent donc pas tant comme biais que comme rappel de la position située d'observation : on fait toujours du terrain à partir d'un certain « point de vue²⁰ ». Elles peuvent ainsi être une source de lucidité plutôt que d'aveuglement en servant de point d'appui au travail de réflexivité indispensable au travail de recherche en sciences sociales.

Au-delà d'une aide à la réflexivité, l'analyse des émotions du chercheur ou de la chercheuse peut même être un outil d'analyse de l'objet en lui-même (et non seulement du rapport de l'ethnographe à l'objet). Dans le cadre de mon enquête sur le travail d'avortement, j'ai réalisé deux ethnographies postérieures à celle décrite ici, dans deux autres centres d'IVG. L'hétérogénéité des expériences émotionnelles et du travail émotionnel à fournir d'un terrain à l'autre a été un indice (supplémentaire) de celle des pratiques et des positions des professionnel·les étudié·es qui existe malgré l'uniformité de façade des protocoles et la similarité des socialisations professionnelles. L'émotion de terrain doit être replacée au centre de nos épistémologies : elle n'est pas une erreur antiscientifique, mais un instrument de plus de la boîte à outils des sociologues et anthropologues analysant leurs données et leur position.

Il faut, par ailleurs, distinguer le temps du terrain des temps de l'analyse et de la mise en forme destinée à la publicisation des résultats. L'appui sur la littérature scientifique existante, le croisement des différentes méthodes de recherche et une administration de la preuve accordant une place importante au matériau permettent la prise de recul par rapport aux passions ethnographiques. La domination se donnant en partie à voir d'elle-même, le chercheur ou la chercheuse passionné·e peut « laisser parler » le terrain en s'appuyant sur des retranscriptions les plus fidèles possibles. Au-delà des analyses qu'elle permet, l'intérêt de l'ethnographie est d'abord, au fond, d'ouvrir des boîtes noires, de donner à voir des espaces et moments du monde social qui se soustraient généralement au regard.

Fuir le terrain : quand l'ethnographe sature avant son matériau

J'ai fait plus haut le récit de mon propre refus de terrain : il m'était devenu difficile d'y rester quoique rien ne me le rendît formellement inaccessible. La fatigue émotionnelle se combinait avec l'inconfort éthique : je m'en voulais de rester silencieux face à ce qui m'apparaissait comme des violences latentes²¹, et de cacher aux enquêtées – qui m'appréciaient – mes désaccords croissants. Les textes méthodologiques évoquent souvent la négociation de l'entrée sur le terrain, mais plus rarement les enjeux qui en entourent la sortie, surtout lorsqu'elle survient plus tôt que prévu.

Il ne s'agit pas du tout d'un terrain raté, mais ce départ précipité représente indéniablement un « raté de terrain » (Verdrager 2017), qui a un coût en termes professionnels : l'interruption de la récolte des données. Le coût varie selon les objets de recherche. Il est moins élevé pour celui ou celle qui étudie un objet dont les manifestations sont nombreuses, et dont les terrains possibles le sont tout autant, que pour celui ou celle qui étudie une communauté spécifique et localisée. Dans le premier cas, l'interruption d'un terrain n'empêche pas la poursuite de la recherche ethnographique dans un autre contexte, alors qu'elle peut constituer une sérieuse entrave dans la seconde configuration. La sortie est par ailleurs moins coûteuse si l'entrée sur le terrain a été facile que si les barrières institutionnelles ou humaines ont été ardues ou longues à franchir et qu'elles le seront à nouveau sur un terrain de substitution. Il n'est donc pas simple de quitter le terrain de manière anticipée – ni d'ailleurs d'interrompre un entretien jugé important – lorsque l'équilibre émotionnel ou même la sécurité physique de l'enquêteur ou de l'enquêtrice sont menacé·es. Les enjeux de carrière, la compétition et la précarité professionnelle peuvent amener le chercheur ou la chercheuse en sciences sociales à prendre des risques inconsidérés et à reléguer sa santé mentale au second plan. Lorsque l'immersion ethnographique l'isole dans une ville ou dans un pays loin de ses proches et de sa communauté professionnelle, que le rythme et les modalités du terrain l'amènent à côtoyer les enquêté·es non seulement le jour, mais parfois les soirs et les weekends, la situation de dissonance émotive (la coupure entre ce qu'on ressent et ce qu'on exprime) constante peut s'avérer

réellement fragilisante. Or, selon nos positions dans les rapports sociaux, nos statuts académiques et les objets de recherche que nous choisissons, nous ne sommes pas égaux dans l'exposition aux risques et difficultés de terrain, dans leurs possibilités d'énonciation dans le milieu académique – relations d'encadrement, collectifs de travail, publications –, dans les ressources mobilisables pour y faire face et dans le coût d'un refus (partiel ou total) du terrain. Fréquemment sexualisé sur mon terrain en tant que jeune homme dont on présume, par défaut, l'hétérosexualité dans un univers professionnel presque exclusivement féminin²², j'ai pu bénéficier des facilités d'accès au terrain que peuvent parfois donner les « scripts sexuels cachés » de la relation d'enquête (Clair 2016b) sans courir le moindre risque de harcèlement ou d'agression²³. Quant au fait que j'aie pu parler de mes difficultés émotionnelles pendant l'enquête et les convertir en capital scientifique (jusqu'à sa forme objectivée d'article), cela a sans doute été favorisé par une position avantageuse dans la plupart des principaux rapports sociaux, par des dispositions relativement ajustées au fonctionnement du champ académique et par l'appui de deux directrices soutenant. Une collègue sociologue qui, pendant son enquête dans un milieu presque intégralement masculin, s'est confiée à son directeur au sujet des plaisanteries grivoises dont elle faisait l'objet en permanence sur son terrain (elle parle aujourd'hui de harcèlement sexuel) s'est vu répondre qu'elle était trop « raide » (entendre « coincée »). Quoiqu'elles y soient plus disposées²⁴, peut-être est-il plus risqué, professionnellement, pour les femmes et minorités de genre – et la même remarque peut être faite pour les chercheurs et chercheuses précaires par rapport aux titulaires – de raconter leurs émois ethnographiques et de prendre leurs distances avec ce qui reste aujourd'hui un éthos professionnel relativement viriliste : faire du terrain comme un « bonhomme ».

Rendre visible le travail émotionnel de recherche

Il est indispensable de prendre conscience de cette facette peu visible et encore trop peu discutée du travail de recherche afin de l'anticiper, dans une triple perspective. D'une part, celle de désindividualiser les difficultés émotionnelles de terrain. Les émotions du chercheur ou de la chercheuse (colère, tristesse, indignation etc.) ne sont pas des erreurs professionnelles d'ethnographe manquant de neutralité : ce sont des éléments structurels de l'ethnographie auxquels ils et elles doivent s'attendre. Leurs formes pathologiques (comme la dépression, le « traumatisme par ricochet » (Williamson *et al.* 2020)²⁵ ou le burn-out) peuvent être considérées comme des maladies professionnelles, à l'origine notamment d'abandons de thèse auxquels on donne pourtant souvent des explications individuelles et psychologisantes (il ou elle « n'était pas fait pour ça »).

D'autre part, anticiper la charge de travail émotionnel permettrait d'imaginer des configurations de terrain en vue de la limiter. En négociant des relations d'enquête où les désaccords entre l'enquêté·e et l'enquêteur ou l'enquêtrice sont sus par chacun·e et peuvent être exprimés sans que cela ne remette en cause la poursuite du terrain. En privilégiant une ethnographie à temps partiel évitant, quand c'est possible, la présence intensive et prolongée sur les terrains émotionnellement difficiles. De telles configurations impliquent d'aller à l'encontre de deux principes sur lesquels se sont bâties les sciences sociales : celui de la non-intervention et celui, en particulier pour l'anthropologie, de la sacralisation du « terrain » comme moment de séparation radicale, longue, parfois lointaine, d'investissement total dans l'observation. Cela suppose d'envisager voire d'encourager le fractionnement des terrains lointains afin d'éviter l'isolement prolongé de l'ethnographe. Cela suppose également d'anticiper comme une possibilité acceptable la sortie précoce volontaire de terrain, même si cette décision restera difficile à prendre tant que la durée des financements sera autant en décalage avec la durée effective des recherches, rendant coûteux tout retard dans la récolte de données²⁶.

Enfin, cela permettrait non seulement de réfléchir à la place à donner à la réflexivité émotionnelle dans les travaux scientifiques, mais aussi de penser des dispositifs de soutien aux chercheurs et chercheuses confrontés à ces difficultés émotionnelles de terrain : des discussions dédiées avec les pairs et une meilleure intégration des doctorant·es aux collectifs de recherche afin d'éviter l'isolement professionnel ; une attention des encadrant·es aux enjeux émotionnels ; des budgets dédiés à la consultation de professionnel·les de la santé mentale dans les laboratoires et équipes de recherche.

*

La recherche ethnographique repose en partie sur un travail émotionnel du chercheur ou de la chercheuse. Le ou la sociologue ou anthropologue, pour susciter la confiance, l'intérêt ou l'affection des enquêté·es, exprime certaines émotions et positions, et en fait d'autres. Comme pour l'hôtesse de l'air, il s'agit d'une nécessité professionnelle, indispensable dans notre situation au succès de la recherche, quoique d'une ampleur et d'une difficulté variables selon le contexte de la recherche et les caractéristiques sociales de l'enquêteur ou enquêtrice. Même sans étudier les actions violentes d'un gang nicaraguayen (Rodgers 2018) ou s'immerger dans l'intimité de militant·es xénophobes (Avanza 2008)²⁷, le hiatus entre ce que le chercheur ou la chercheuse ressent et ce qu'il ou elle se permet d'exprimer peut être douloureux. Alors que la question de la « bonne distance » du chercheur ou de la chercheuse avec son terrain est souvent posée dans des termes laissant entendre que celle-ci est figée, voire prédéfinie par le rapport entre sa « libido politique » (Siméant 2002) et son sujet de recherche, l'expérience de terrain relatée ici en montre la dimension évolutive. Le rapport au sujet de recherche et aux enquêté·es est mouvant, recomposé par les aléas de la recherche, par les actions et propos des enquêté·es, par l'évolution des idées, connaissances et analyses du chercheur ou de la chercheuse et par le poids de réactions émotionnelles plus ou moins contrôlables.

Les difficultés décrites dans la confrontation prolongée à la production médicale de mal-être ont mis en évidence cette dimension souvent invisibilisée du travail sociologique et ses implications personnelles, professionnelles et éthiques parfois contradictoires. Cet article cherche à nous faire prendre conscience, à l'échelle de la profession, que les risques du terrain concernent la sécurité émotionnelle autant que physique, afin que nous nous donnions les moyens d'y faire face en tant que chercheuses et chercheurs en sciences sociales – débutant·es et précaires mais pas seulement –, pour éviter que, comme aujourd'hui parfois, nos sentiments ne se négocient à vil « prix ».

Annexe

Tableau 1. Caractéristiques sociales des enquêtées évoquées dans l'article (par ordre d'apparition)

	Métier (poste)	Âge	Ancienneté dans le service	Origine sociale	Religion	Opinion politique
Sandrine	sage-femme	46 ans	dix ans	classe moyenne	catholique pratiquante	centre-droit
Olivia	gynécologue médicale (interne)	26 ans	arrivée pendant l'enquête	classe moyenne	athée	centre-droit / écologiste
Laurence	gynécologue médicale (praticienne attachée)	65 ans	vingt ans	classe supérieure	athée	ne sait pas, ne vote pas
Juliette	gynécologue médicale (assistante)	30 ans	six mois	classe supérieure	catholique	centre-droit
Armelle	infirmière	55 ans	quinze ans	classe populaire	catholique pratiquante	droite
Amélie	infirmière	50 ans	un mois	classe populaire	catholique pratiquante	droite
Virginie	infirmière	56 ans	vingt ans	classe supérieure	juive	droite

Ouvrages cités

- Avanza, Martina. 2008. « 2 : Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas "ses indigènes" ? Une enquête au sein d'un mouvement xénophobe », in Didier Fassin et Alban Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*. Paris, La découverte : 41-58.
- Beaud, Stéphane et Florence Weber. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La découverte.
- Becker, Howard. 1967. « Whose side are we on ? », *Social Problems*, vol. 3, n° 14 : 239-247.
- Becker, Howard, Blanche Geer, Everett Hughes et Anselm Strauss (dir.). 1961. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago et Londres, The University of Chicago Press.
- Boumaza, Magali et Aurélie Campana. 2007. « Enquêter en milieu "difficile". Introduction », *Revue française de science politique*, vol. 57, n° 1 : 5-25.
- Clair, Isabelle. 2016a. « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 213 : 66-83.
- Clair, Isabelle. 2016b. « La sexualité dans la relation d'enquête », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 1 : 45-70.
- Cosquer, Claire. 2020. « Ethnographier la blanchité dans les migrations françaises à Abu Dhabi : tensions épistémologiques et éthiques d'un "cynisme méthodologique" », *Cahiers de l'URMIS* (en ligne), n° 19. DOI : <https://doi.org/10.4000/urmis.1966>.
- Darmon, Muriel. 2005. « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 58 : 98-112.
- El Kotni, Mounia. 2018. « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart. Revue de sciences sociales au Sud*, n° 85 : 39-55.
- Fainzang, Sylvie. 2006. « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, n° 26 : 27-36.
- Goffman, Erving. 1955. « On Face-Work », *Psychiatry*, XVIII, p. 213-231
- Haraway, Donna Jeanne. 1991. *Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature*. New York, Routledge.
- Harding, Sandra. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*. Ithaca et New York, Cornell University Press.
- Heinich, Nathalie. 2021. *Ce que le militantisme fait à la recherche*. Paris, Gallimard.
- Hochschild, Arlie Russell. 2003. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 9, n° 1 : 19-49.
- Hochschild, Arlie Russell. 2017. *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, trad. de l'anglais par Salomé Fournet-Fayas et Cécile Thomé (éd. orig. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley et Los Angeles, University of California Press). Paris, La découverte.
- Jounin, Nicolas. 2008. *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*. Paris, La découverte.
- Jounin, Nicolas. 2014. *Voyage de classes. Des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*. Paris, La découverte.
- Kaufmann, Jean-Claude. 2006. *L'entretien compréhensif*. Paris, Armand Colin.
- Koechlin, Aurore. 2021. « Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018) », thèse de doctorat en sociologie, université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

- Lasserre, Marie. 2020. « Asymétries intersectionnelles dans le processus d'enquête. Réflexions sur la place d'une anthropologue française auprès de Sénégalaises transmigrantes dans la Médina de Casablanca (Maroc) », *Cahiers de l'URMIS* (en ligne), n° 19. DOI : <https://doi.org/10.4000/urmis.2022>.
- Le Port, Edouard. 2022. *Les papas en danger ?*. Paris, Maison des sciences de l'homme.
- Le Renard, Amélie. 2019. *Le privilège occidental. Travail, intimité et hiérarchies postcoloniales à Dubaï*, Presses de Sciences Po.
- Mainsant, Gwénaëlle. 2008. « 5 : Prendre le rire au sérieux. La plaisanterie en milieu policier », in Didier Fassin et Alban Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*. Paris, La découverte : 99-120.
- Mauger, Gérard. 1991. « Enquêter en milieu populaire », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 6 : 125-143.
- Mazouz, Sarah. 2008. « 4 : Les mots pour le dire. La qualification raciale, du terrain à l'écriture », in Didier Fassin et Alban Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*. Paris, La découverte : 81-98.
- Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir*. Paris, La découverte.
- Monjaret, Anne et Catherine Pugeault (dir.). 2014. *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*. Lyon, ENS Éditions.
- Nikolski, Véra. 2011. « La valeur heuristique de l'empathie dans l'étude des engagements "répugnants" », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 84 : 113-126.
- Novaes, Simone. 1982. « Les récidivistes », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n° 3 : 473-485.
- Patarin-Jossec, Julie. 2020. « Un tabou résilient. Des violences sexistes dans la pratique ethnographique et son enseignement », *Terrains/Théories* (en ligne), n° 12. DOI : <https://doi.org/10.4000/teth.2833>.
- Perrin, Raphaël. 2023. « Le tribunal des femmes enceintes. Enquête sur les interruptions médicales de grossesse pour détresse psychosociale », *Revue française des affaires sociales*, n° 2 : 105-127.
- Pinçon, Michel et Monique Pinçon-Charlot. 1991. « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 3 : 120-133.
- Pfefferkorn, Roland. 2014. « L'impossible neutralité axiologique. *Wertfreiheit* et engagement dans les sciences sociales », *Raison présente*, n° 191 : 85-96.
- Puig de la Bellacasa, María. 2003. « Scientificité et politique aujourd'hui : un regard féministe », *Nouvelles questions féministes*, vol. 22, n° 1 : 48-60.
- Rodgers, Dennis. 2018. « Pour une "ethnographie délinquante" : vingt ans avec les gangs au Nicaragua », *Cultures et conflits*, n° 110-111 : 59-76.
- Siméant, Johanna. 2002. « Friches, hybrides et contrebandes : sur la circulation et la puissance militantes des discours savants », in Philippe Hamman, Jean-Matthieu Méon et Benoît Verrier (dir.), *Discours savants, discours militants : mélange des genres*. Paris, L'Harmattan : 17-53.
- Thizy, Laurine, Mélodie Gauglin et Justine Vincent. 2021. « "Se raconter" sur le terrain : le récit de soi comme ressource méthodologique », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 123 : 115-135.
- Verdrager, Pierre. 2017. « Mes ratés de terrain », *SociologieS* (en ligne). DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.6157>.
- Williamson, Emma, Alison Gregory, Hilary Abrahams, Nadia Aghtaie, Sarah-Jane Walker et Marianne Hester. 2020. « Secondary Trauma: Emotional Safety in Sensitive Research », *Journal of Academic Ethics*, vol. 18, n° 1 : 55-70.

Zawadzki, Paul. 2002. « Travailler sur des objets détestables : quelques enjeux épistémologiques et moraux », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 174 : 571-580.

¹ C'est le premier poste de médecin hospitalière ou hospitalier après l'internat.

² Les caractéristiques sociales des enquêtées – l'équipe du centre est intégralement composée de femmes – citées dans l'article sont présentées dans un tableau en annexe.

³ Je rencontre, en moyenne, un refus par jour.

⁴ Ce qui arrive, aussi, près d'une fois par jour.

⁵ J'éviterai l'emploi du terme indigène de « patiente » – elles ne sont pas malades.

⁶ Ainsi que certaines enquêtées désignent les femmes recourant à l'avortement plusieurs fois (Novaes 1982).

⁷ Le travail d'avortement ne se réduit absolument pas à ces interactions. Il peut aussi être un moment privilégié de dévouement professionnel, de bienveillance et même d'engagement féministe dans certains contextes. Cet article, rappelons-le, n'a pas pour objectif de proposer une sociologie du travail d'avortement. Précisons par ailleurs que je n'ai pas assisté à des violences physiques, qui existent pourtant en consultation gynécologique (El Kotni 2018 ; Kœchlin 2021 : 575).

⁸ L'aménorrhée correspond à l'absence de règle. Au moment du terrain, la limite légale est à 14 SA (soit 12 semaines de grossesse).

⁹ Il s'agit d'un entretien avec une psychologue ou une conseillère conjugale, rendu obligatoire par la loi de 1974 puis seulement optionnel depuis 2001.

¹⁰ Il s'agit du « pieux mensonge » des médecins que Sylvie Fainzang décrit comme « rationalisé, légitimé, voire éthiquement fondé » par celles et ceux qui le profèrent (Fainzang 2006).

¹¹ Dans les réflexions méthodologiques sur son enquête par observation participante dans le BTP, Nicolas Jounin décrit comme « presque complice » et « parfois hypocrite » sa posture d'enquête compréhensive auprès des patrons dont il a observé les effets délétères des politiques d'emploi et d'organisation du travail (Jounin 2008 : 249). Il s'agit ici de dépasser ce constat et d'analyser les implications de cette posture hypocrite.

¹² Voté le 2 mars 2022.

¹³ De cette méprise des enquêtées, d'autres sociologues m'ont fait part d'expériences similaires. C'est le cas par exemple d'Edouard Le Port dans son enquête sur les associations de lutte pour les droits des pères (Le Port 2022).

¹⁴ J'ai seulement pu voler quelques moments à l'impératif d'une intervention minimale sur le terrain, lorsque, la soignante s'absentant brièvement de la salle de consultation, la femme en demande d'avortement se tournait vers moi pour évoquer la situation compliquée dans laquelle la mettait la procédure d'IVG et ses latences, ou la catastrophe que représentait le fait de devoir poursuivre la grossesse. Je ne pouvais guère faire plus qu'entendre sa douleur et selon les situations – un conjoint qui menace de partir si l'avortement n'a pas lieu par exemple – souligner, parfois, l'injustice (générée) qu'elle subissait.

¹⁵ Peut-être le fait d'être un homme m'a-t-il préservé d'une présomption de féminisme, ou de celle d'avoir personnellement avorté, qui aurait pu amener les soignantes à davantage mesurer leurs propos devant une enquêtrice.

¹⁶ Respectivement : 27 ans, de gauche, athée, de classe supérieure.

¹⁷ Je détaille plus loin une situation où l'interne déboute une femme en demande d'avortement pourtant dans les délais.

¹⁸ Les médecins incorporent des dispositions à la domination par une transmission explicite comme par une socialisation plus diffuse dans le champ médical ainsi que, par homologie structurale, dans les autres sphères du monde social. Leurs pratiques de pouvoir découlent d'un sens pratique ajusté aux structures du champ : organisation du travail avec ses contraintes, ses hiérarchies, ses protocoles et l'inertie des habitudes de travail ; intérêt (souvent bien compris) des professionnel·les et contrôle de leurs propres modalités du travail ; normes médico-sociales (contraceptive, préventive, procréative, etc.) dont l'inculcation aux patient·es est déléguée aux médecins par l'État (Memmi 2003). Lorsqu'ils et elles justifient leurs pratiques – par exemple quand je les y amène –, c'est presque systématiquement l'intérêt sanitaire supposé des avortantes qui est avancé, en accord avec l'image de professionnel·les désintéressé·es qui fonde le pouvoir symbolique des médecins. Pour une analyse détaillée de la *libido dominandi* des médecins, je me permets de renvoyer à ma thèse en cours à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, « Sociologie du travail d'avortement ».

¹⁹ Soulignons ici, à nouveau, les contraintes qui s'imposent aux internes : on attend d'elles qu'elles appliquent les protocoles du service, et leur marge de manœuvre pour prendre ce que les médecins estiment être un risque est plus faible que celle des médecins diplômé·es. Une IVG à un petit terme, surtout si la grossesse n'est pas encore localisable, apparaît, avec leur « perspective » d'étudiante en médecine (Becker *et al.* 1961), comme une source d'ennuis.

²⁰ Je fais référence ici à la *standpoint theory* et aux épistémologies féministes.

²¹ Isabelle Clair invite chercheurs et chercheuses à faire passer l'intérêt de l'enquête au second plan quand ils ou elles sont témoins de violences (Clair 2016a). Qu'en est-il quand les violences sont sous-jacentes, légales ou justifiées par une « raison médicale » ?

²² Cette sexualisation allant de compliments sur mon apparence jusqu'à des comportements de drague explicite, en passant par des plaisanteries visant à « me marier » avec la jeune assistante d'anesthésie, des questionnements sur ma situation amoureuse et sexuelle, ou le fait – on me le rapportera – qu'une cheffe de service de la maternité me trouve « très mignon ».

²³ À ce sujet, le Blog d'auto-défense contre les agressions sexistes et sexuelles dans l'enquête en sciences sociales (BADASSES) regroupe des ressources et des témoignages cherchant à visibiliser les violences sexistes et sexuelles sur le terrain.

²⁴ Pour preuve, l'écrasante majorité de femmes parmi les intervenant·es et organisatrices du colloque « Éthique de la recherche en terrains sensibles » qui s'est tenu les 2 et 3 décembre 2021 à Aubervilliers, remarquable effort de témoignage, discussion et analyse de certains des enjeux émotionnels du terrain.

²⁵ Je traduis ainsi l'idée de *secondary trauma*, qui désigne l'effet de l'exposition indirecte aux expériences traumatiques, par exemple via l'observation ou la réalisation répétée d'entretiens avec des personnes ayant vécu de telles expériences.

²⁶ Songeons à la plaisanterie institutionnalisée des intenable « plannings prévisionnels » en trois ans dans les projets de thèse de sciences sociales.

²⁷ Dennis Rodgers rapporte que quand le niveau de violences perpétrées a augmenté significativement à un moment du terrain, il a cessé l'observation participante pour se cantonner à la pratique d'entretiens. Quant à Martina Avanza, elle dit n'avoir jamais pu rester plus de deux mois de suite sur le terrain, privilégiant une ethnographie « en pointillés » au long des trois années qu'a duré l'enquête.