

Négociier pour accéder au terrain et conduire l'enquête : une analyse de processus contrastés entre deux institutions de santé sexuelle de Suisse romande

Marlyse Debergh

Institut de Recherches Sociologiques (IRS), Université de Genève (UNIGE),
Suisse

marlyse.debergh@unige.ch

Résumé : Cet article se penche sur les négociations en ethnographie, par la mobilisation d'un cas d'enquête comparatif original, mené auprès de deux institutions promouvant la santé sexuelle en Suisse romande. La première institution est un centre de santé sexuelle ayant pour public cible les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). La deuxième institution est un centre de santé sexuelle accueillant le tout public (planning familial). Envisageant les négociations comme un processus itératif, je montre que les négociations ne se limitent pas à une étape unique à franchir en amont de la conduite de l'enquête. Par une analyse doublement comparative – entre deux institutions et entre deux phases de l'enquête – cet article montre qu'un accès officiel aisé ne constitue pas forcément une garantie d'accès à l'information dans la conduite de l'enquête. À l'inverse, un accès officiel complexe n'exclut pas un accès facilité à l'information dans la suite du travail de recherche. Ouvrant la « boîte noire » des négociations, il s'agira de comprendre et d'analyser ces dynamiques contrastées.

Date de publication : 30/06/2021

Ethnographie comparative, négociation itérative, points de vue situés, santé sexuelle

Dossier : Pratiques et politiques de la négociation pour accéder et se maintenir sur un terrain d'enquête

Comment citer : 10.52983/crev.vi0.81

Licence : Cambouis publie ses contenus selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International. Les auteurices gardent leurs droits de propriété intellectuelle pleine et entière sur leurs articles.

Négocier pour accéder au terrain et conduire l'enquête : une analyse de processus contrastés entre deux institutions de santé sexuelle de Suisse romande

Marlyse Debergh

Je remercie les évaluateur·trice·s de Cambouis, Véronique Mottier, Armelle Weil et Camille Bajoux pour leur lecture attentive de cet article, ainsi que pour leurs conseils.

Négocier une ethnographie : un processus itératif

En avril 1958, les anthropologues Clifford Geertz et sa femme Hildred Geertz arrivent dans un village de Bali qu'ils ont l'intention d'étudier (Geertz 1973). Négocier l'accès à leur terrain anthropologique s'annonce laborieux. En effet, le couple Geertz est totalement ignoré par les balinais·e·s : « *we were nonpersons, specters, invisible men* » (Geertz, ;1973, p. 412). Selon l'analyse de Clifford Geertz, cet état fantomatique sera dépassé par un événement particulier. Lors d'une altercation avec un policier, Clifford et Hildred Geertz n'usent pas de leur statut de « visiteur·se·s distingué·e·s » et se voient défendu·e·s par un balinais (ibid., p. 415-416). Selon l'anthropologue, c'est ce moment précis qui leur permettra de « se faire prendre » dans l'enquête¹, car iels gagneront alors la confiance des enquêté·e·s. Comme l'explique Geertz, « *not only were we no longer invisible, we were suddenly the center of all attention, the object of a great outpouring of warmth interest, and most especially, amusement* » (id., p. 416). Dans cette perspective, les négociations ethnographiques sont ainsi envisagées comme une étape fixe à franchir en amont de la conduite de l'enquête.

La littérature ethnographique plus contemporaine dresse un portrait similaire de l'art de négocier. En effet, les négociations sont décrites comme « une étape » (Derbez, 2010, p. 105) ou « un moment » (Diaz, 2017, p. 221). Par exemple, Benjamin Derbez (2010, p. 106) a abordé les enjeux de négociations dans le cadre d'une ethnographie menée sur des activités de recherche clinique en cancérologie. Dans son terrain, il est amené à négocier avec un centre hospitalier universitaire à Paris. Dans sa recherche, il décrit les négociations comme une « étape liminaire incontournable de toute collecte de matériaux » (ibid., p. 105). De manière similaire, Pablo Diaz (2017) s'est intéressé à la thématique des négociations dans un terrain ethnographique sur l'administration philippine. Selon lui, « les négociations de terrain constituent un moment critique dans le déroulement d'une recherche, leur réussite pouvant

1 Ma traduction de l'expression anglaise « *getting caught* » utilisée par Geertz.

être une condition sine qua non de toute collecte de données » (Diaz, 2017, p. 221). Cet article propose au contraire d'analyser les négociations comme un processus itératif, montrant qu'elles ne se limitent pas à « un moment », « une étape » ou « un événement » particulier. En effet, les négociations ne se terminent pas après avoir obtenu l'accès formel d'accès au terrain, mais se poursuivent tout-au-long du processus d'enquête.

Cette réflexion méthodologique et épistémologique se base sur l'analyse comparative de différentes négociations entreprises dans le cadre d'une enquête ethnographique, menée auprès de deux institutions promouvant la santé sexuelle en Suisse romande². La première institution est un centre de santé sexuelle destiné spécifiquement aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). La deuxième institution est un centre de santé sexuelle accueillant le tout public (planning familial).

Les négociations d'accès avec ces types d'institutions étaient *a priori* difficiles, puisque ce sont des « institutions fermées » qui nécessitent « un droit d'entrée » dans lesquelles « il n'est possible au sociologue d'entrer (c'est-à-dire de pouvoir ultérieurement négocier observations et entretiens auprès des différents membres de l'institution) que suite à une autorisation explicite qui met en jeu la hiérarchie institutionnelle » (Darmon, 2005, p. 98). Malgré ces caractéristiques institutionnelles communes, les négociations ont été doublement contrastées dans mon enquête : non seulement entre les deux institutions, mais également entre les différentes phases de l'enquête.

Les dynamiques de négociations ont tout d'abord été contrastées entre les deux institutions lors de la phase d'accès au terrain. Les négociations n'ont toutefois pas été limitées à ce moment particulier du terrain. En effet, lors de la conduite de l'enquête, j'ai été amenée à élaborer de nouvelles modalités de négociations, qui ont permis de mettre en lumière de nouveaux contrastes. Ainsi, je soutiens qu'un premier accès aisé au terrain ne constitue pas une garantie d'accès à l'information lors de la conduite de l'enquête. À l'inverse, un accès difficile n'exclut pas une insertion quasi totale par la suite. En mobilisant des exemples concrets issus de mon carnet de terrain, il s'agit dans les sections suivantes d'ouvrir la « boîte noire » des négociations, afin de comprendre ces dynamiques contrastées. L'argumentaire est organisé en deux parties. Premièrement, je reviendrai sur les premiers contrastes de négociations observés entre les deux institutions lors de la phase d'accès formel au terrain. Je montrerai que l'accès au centre de santé sexuelle pour HSH a été relativement aisé, en comparaison de celui au centre de santé sexuelle pour le tout public. Deuxièmement, je traiterai de l'évolution des négociations durant la conduite de l'enquête, qui a révélé de nouveaux contrastes entre les deux institutions. Dans cette phase, l'accès à l'information a été plus complexe au centre de santé sexuelle pour HSH, qu'au centre de santé sexuelle pour le tout public.

Des négociations d'accès au terrain contrastées

Mon enquête a été menée dans le cadre de ma recherche doctorale, dont l'objet d'étude porte sur la santé sexuelle. Plus précisément, ma thèse questionne la notion de santé sexuelle en analysant la manière dont les politiques de santé

² La Suisse romande est la partie francophone de la Suisse, qui se situe à l'Ouest du pays.

sexuelle sont mises en pratique au niveau local. La définition de la santé sexuelle qui fait office de référence pour les acteur·trice·s de la santé sexuelle a été développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (OMS, 2002).

La santé sexuelle est actuellement un objectif majeur des politiques de santé publique au niveau international et national. En effet, la santé sexuelle est présentée comme un enjeu central, notamment en raison de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), de la promotion des moyens de contraception et de l'accès aux programmes d'éducation sexuelle.

Dans le contexte de mon enquête, la Suisse, il n'existe pas de stratégie nationale unifiée dans la mise en pratique des politiques de santé sexuelle (Commission Fédérale pour la Santé Sexuelle, 2015, p. 2–3 ; Tschibangu & Voide Crettenand, 2016, p. 13–14). Les politiques de santé sexuelle sont ainsi principalement mises en œuvre au niveau des cantons³ (Commission Fédérale pour la Santé Sexuelle, 2015, p. 3 ; Tschibangu & Voide Crettenand, 2016, p. 14). Il existe donc localement une importante diversité d'institutions et de programmes de santé sexuelle. Ces politiques sont destinées à l'ensemble de la population et, dans certains cas, à des publics cibles spécifiques. Au vu de ces différentes politiques, je me suis focalisée sur deux institutions promouvant la santé sexuelle dans un contexte spécifique, la Suisse romande. La première institution est un centre de santé sexuelle destiné aux HSH. La deuxième institution est un centre de santé sexuelle destiné au tout public. Ma recherche présente un cas d'enquête comparatif original, puisqu'elle a été réalisée auprès de deux centres qui n'ont encore jamais été étudiés qualitativement. Par conséquent, les deux institutions dans lesquelles j'ai mené mon terrain n'ont pas non plus été comparées au niveau de la recherche. Afin de conduire mon enquête, j'ai été amenée à négocier en 2017 l'accès au terrain avec différentes responsables hiérarchiques de ces deux types d'institutions.

Les centres de santé sexuelle pour HSH sont des institutions médicalisées ayant pour public cible les hommes gays, les hommes bisexuels, les HSH, les personnes trans* et les travailleurs du sexe hommes. Comme il n'existe que très peu d'institutions de ce type en Suisse romande, je ne mentionnerai pas leur véritable appellation, ceci afin de préserver leur anonymat. Le mandat des centres de santé sexuelle pour HSH est axé principalement sur les dépistages, les diagnostics et le traitement des IST, les vaccins des hépatites et du papillomavirus humain (HPV), la prophylaxie post-exposition (PEP) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP)⁴. Dans le centre de santé sexuelle pour HSH dans lequel j'ai mené mon enquête, trois médecins, deux infirmiers et temporairement un conseiller en santé sexuelle constituent l'équipe de professionnel·le·s en santé sexuelle. Parfois, certain·e·s stagiaires sont également présent·e·s, ceci conduisant à des modifications régulières au niveau de la constitution de l'équipe. En plus du staff médical, deux secrétaires assurent l'accueil des bénéficiaires et trois bénévoles s'alternent pendant les après-midis de permanence.

Les négociations d'accès à un centre de santé sexuelle pour HSH ont été aisées. Il m'a suffi d'un échange électronique avec la responsable hiérarchique d'un seul centre de santé sexuelle pour HSH afin d'obtenir un rendez-vous. Pendant cette rencontre, la responsable hiérarchique a attesté d'un important intérêt pour ma recherche. Elle m'a également proposé spontanément de mener des entretiens avec les usager·ère·s de l'institution, car aucune étude qualitative n'avait encore été réalisée sur le centre. Lors de cet entretien, elle me dit en effet être intéressée à « entendre les voix des patients et des

3 La Suisse est organisée en un système politique fédéral où trois niveaux disposent d'un pouvoir politique : la Confédération, les 26 cantons et les communes.

4 La PEP est un traitement d'urgence contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui doit être pris dans les 48 heures après un « rapport sexuel à risque ». La PrEP est une prophylaxie qui permet à une personne séronégative de prendre un médicament en prévention, afin d'éviter un risque d'infection au VIH (InfotestVIH, 2017).

usagers ». Je précise ici que les professionnel-le-s en santé sexuelle des deux institutions mobilisent différents termes pour désigner les personnes qui se rendent dans les institutions de santé sexuelle : « usager-ère-s », « client-e-s », « consultant-e-s » et « patient-e-s ». Comme les institutions sont dédiées majoritairement à des activités de prévention, certain-e-s personnes ne sont pas « malades » selon les professionnel-le-s en santé sexuelle. Ces personnes ne sont donc pas considéré-e-s comme étant des « patient-e-s ». Pour cette raison, je privilégie dans cet article le terme d'« usager-ère ». Au cours de cet entretien, la responsable hiérarchique m'a également fourni différents documents et brochures d'informations sur l'institution pour me préparer à l'enquête. L'aisance de ces négociations d'accès s'explique probablement par une volonté de visibiliser l'institution. En effet, comme le centre a ouvert dans les années 2000, son processus d'institutionnalisation est relativement récent⁵. Sur le site internet, il est d'ailleurs indiqué que l'institution s'engage depuis cette période « dans la promotion de la santé globale des hommes gays ». Une enquête par questionnaire sur la santé des hommes gays en comparaison avec « la population générale » a notamment été réalisée, « afin de fixer des priorités pour la réalisation de projets d'intervention et de sensibiliser les autorités sanitaires ». Cet aspect a sûrement contribué à faciliter mon insertion, car ma recherche a pu être perçue comme un outil de « mise en visibilité » supplémentaire par la hiérarchie.

Négocier l'accès à un centre de santé sexuelle s'est avéré plus complexe. Plus connus sous leur ancienne appellation de « centres de planning familial », les centres de santé sexuelle sont des instances officielles de conseil en santé sexuelle au niveau cantonal. Ils sont destinés à l'ensemble de la population. Le mandat de ces centres est dédié principalement aux méthodes de contraception, au dépistage des IST, aux ambivalences de grossesse⁶ et à l'avortement. Les professionnelles de ces institutions exercent sous le titre de conseillère en santé sexuelle⁷. Ces centres peuvent être médicalisés, si bien que des conseillères en santé sexuelle collaborent parfois avec des gynécologues, mais pas nécessairement. Dans le centre de santé sexuelle dans lequel j'ai mené mon enquête, trois conseillères en santé sexuelle travaillent à temps partiel en alternant, ainsi qu'une secrétaire. L'équipe est ainsi moins importante et moins fluctuante que celle du centre de santé sexuelle pour HSH. Le rythme des deux institutions est également différent. Il n'est pas impossible d'avoir un après-midi de permanence sans consultation au centre de santé sexuelle. À l'inverse, je n'ai constaté que peu de temps mort dans le centre de santé sexuelle pour HSH, où la salle d'attente est souvent bien remplie.

Les négociations avec les centres de santé sexuelle ont été menées sur une période de cinq mois. J'ai pris contact avec quatre centres de santé sexuelle en Suisse romande et ai essuyé trois refus, avant de pouvoir obtenir une autorisation explicite de la part de la représentante hiérarchique d'un centre de santé sexuelle. Ces refus s'expliquent probablement tout d'abord par un processus d'institutionnalisation qui a débuté avant celui des centres de santé sexuelle pour HSH. En effet, les centres de santé sexuelle sont des institutions bien établies en Suisse romande, qui ont émergé dans les années 1960 (Barbey, 2009 ; Praz, 2017). La potentielle visibilité que pouvait amener ma recherche n'a ainsi sûrement pas représenté un attrait majeur.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux terrains en sciences sociales et aux centres de santé sexuelle en particulier peuvent s'expliquer par des enjeux propres à la démarche ethnographique. L'ethnographie implique un raisonnement inductif, selon lequel la théorie émerge des données (O'Reilly, 2009, p. 104). Dans cette méthodologie, les questions initiales sont volon-

5 Afin de préserver l'anonymat des institutions, je ne mentionnerai pas leurs dates d'ouverture précises. Je ne citerai pas non plus les références de leurs sites internet, ni de leurs rapports d'activité.

6 Selon la littérature médicale, ce phénomène est caractérisé par un conflit interne que des femmes enceintes peuvent éprouver quant à la décision de poursuivre ou non leur grossesse (Holmgren et Uddenberg, 1993, p. 15).

7 Les professionnelles des centres de santé sexuelle sont quasi exclusivement des femmes.

tairement larges et ouvertes, afin de pouvoir les affiner au fil de l'enquête. Comme l'explique Nancy Scheper-Huges, cette démarche scientifique peut être déconcertante pour de nombreux·ses enquêté·e·s :

« *anthropologists are generally perceived as benign, even amusing characters. We enter our research sites open-handedly and often without complicated research protocols or standardized interview questions. We visit, observe as unobtrusively as possible and try to make ourselves at home in the world, wherever that may be* » (Scheper-Huges, 2004, p. 39).

Au vu de la littérature ethnographique traitant de la complexité d'accès au terrain (Ballif, 2017 ; Bourrier, 2017 ; Darmon, 2005 ; Geertz, 1973 ; Scheper-Hughes, 2004), j'avais anticipé les potentielles difficultés que pouvait engendrer une méthodologie inductive. Pour ce faire, j'avais tout d'abord téléphoné aux responsables hiérarchiques du centre de santé sexuelle pour HSH et des centres de santé sexuelle. Je me présentais comme « doctorante en sociologie de l'Université de Genève ». Suite à cet échange oral, je leur avais envoyé par courriel électronique un document explicitant ma démarche. Dans ce document, je précisais que le but de ma recherche n'était pas « d'évaluer » ou « d'émettre des jugements », mais plutôt « de relater » et « de comprendre [...] le quotidien d'un centre de santé sexuelle et d'un centre de santé sexuelle pour HSH ». Je mettais également l'accent sur la plus-value de mon enquête pour l'institution : permettre une meilleure compréhension de l'institution et des différents publics, ainsi que la possibilité d'établir un dialogue entre un centre de santé sexuelle et un centre de santé sexuelle pour HSH, situés dans deux cantons distincts.

Ma méthodologie n'a pas constitué un frein dans les négociations d'accès avec le centre de santé sexuelle pour HSH. Ma démarche a toutefois suscité des interrogations de la part des professionnel·le·s de santé lors de la conduite de l'enquête. Iels m'ont en effet régulièrement interpellée sur ma méthodologie qui les intriguait et me demandaient ce que je notais dans mon carnet de terrain. *A contrario*, des difficultés inhérentes à l'ethnographie ont probablement constitué un frein dans la phase d'accès à un centre de santé sexuelle. Avoir des « questions larges et ouvertes », ainsi que la crainte exprimée à plusieurs reprises par les responsables hiérarchiques qu'il n'y ait « rien » à observer, a pu susciter des incompréhensions. De nombreux·ses chercheur·se·s ont montré que la démarche ethnographique pose des difficultés en matière de négociation. C'est le cas notamment d'Edmée Ballif (2017) qui a mené une enquête en Suisse romande dans un service de Conseil en périnatalité. Il faudra six mois à Ballif (2017, p. 45) afin qu'elle puisse débiter ses observations, notamment en raison du frein qu'a constitué la présentation de sa démarche ethnographique. Pour contourner ces difficultés, Ballif relate avoir mis en place différentes stratégies de légitimation, notamment la mobilisation de certaines normes scientifiques hypothético-déductive dominantes.

Dans le cas de mon enquête, je n'ai usé de ce type de stratégie que dans une moindre mesure. Ma stratégie était plutôt de mettre l'accent sur la plus-value que pouvait apporter ma recherche à l'institution. Cette méthode a porté ses fruits, puisque j'ai finalement pu obtenir l'accès à un centre de santé sexuelle. Suite à ma demande de contact avec cette institution, j'ai été reçue en entretien par la responsable hiérarchique du centre, ainsi que par l'une des conseillères en santé sexuelle. Comme pour les autres centres de santé sexuelle, de premières appréhensions liées à ma méthodologie ont été soulevées, notamment la crainte à nouveau qu'il n'y ait « rien » à observer. Ces doutes ont été écartés par mes clarifications méthodologiques et j'ai pu ensuite obtenir une autorisation d'accès officielle.

Il est difficile de comprendre précisément les raisons selon lesquelles les négociations avec ce centre de santé sexuelle en particulier ont abouti. Un point mérite toutefois d'être soulevé. Lors de la conduite de l'enquête, la conseillère

en santé sexuelle présente à l'entretien m'a répété à plusieurs reprises que ma recherche lui semblait bénéfique pour un centre de santé sexuelle situé, selon ses termes, dans « une région périphérique ». J'apprendrai également que l'institution traverse une importante crise financière, qui a conduit au licenciement controversé de l'une des conseillères en santé sexuelle, ainsi qu'à des restrictions budgétaires. Ces événements ont eu lieu peu de temps avant que je n'entame mes négociations d'accès au terrain. Ainsi, tout comme pour le centre de santé sexuelle pour HSH, il est possible que ma recherche ait été perçue dans une certaine mesure comme un moyen permettant de mettre en avant l'utilité du travail des centres de santé sexuelle. En d'autres termes, la mise en visibilité du travail de conseil en santé sexuelle que pouvait apporter ma recherche dans cette période de crise a pu prendre le dessus sur des craintes liées à ma méthodologie.

Conduire l'enquête : de nouvelles négociations, de nouveaux contrastes

Les négociations ne se limitent toutefois pas à la phase d'accès sur le terrain. En effet, elles se prolongent et se transforment lors de la conduite de l'enquête. Il est ainsi nécessaire pour le-la chercheur-se de faire preuve d'une constante « imagination ethnographique » (Willis & Trondman, 2000, cité par Delage, 2017, p. 5). Dans le cadre de mon enquête, un accès complexe à un centre de santé sexuelle pour le tout public n'a pas exclu une ouverture quasi-totale dans cette nouvelle phase du travail de recherche. À l'inverse, un accès aisé au centre de santé sexuelle pour HSH n'a pas été synonyme d'une absence de négociation dans la conduite de l'enquête. Ces nouvelles modalités de négociations s'expliquent par des contraintes structurelles différentes d'une institution à l'autre, ainsi que par les relations d'enquête avec de nouveaux-elles acteur-trice-s, dont les positions sociales sont situées selon la formulation de Sandra G. Harding (2004).

En 2018, j'ai entamé des observations ethnographiques de manière alternée dans les deux institutions. Les portes du centre de santé sexuelle pour le tout public m'ont alors été grandes ouvertes. J'ai aisément obtenu une place dans les consultations des usager-ère-s. Mon insertion peut être résumée par la remarque de cette conseillère en santé sexuelle, exprimée après un mois : « Je t'ai oubliée, tu fais déjà partie des meubles ! [rires] ». À l'inverse, dans la conduite de l'enquête, les négociations au centre de santé sexuelle pour HSH ont été réalisées dans une temporalité plus longue. Ces nouveaux contrastes peuvent s'expliquer tout d'abord par des différences de fonctionnement institutionnel. Pour rappel, les professionnel-le-s du centre de santé sexuelle pour HSH sont plus nombreux-se-s, l'équipe est plus fluctuante et le rythme de l'institution est plus soutenu que dans l'autre institution. Au vu de ces contraintes structurelles distinctes, on peut comprendre que je me sois retrouvée face à des portes closes au début de la conduite de l'enquête.

Les nouvelles négociations dans cette phase du terrain s'expliquent en outre par les relations d'enquête avec de nouveaux-elles acteur-ric-e-s. Dans le cas de ma recherche, au-delà des professionnel-le-s en santé sexuelle, ces nouvelles personnes étaient les usager-ère-s. J'ai dû trouver des formules adéquates pour me présenter, obtenir leur consentement afin d'assister à leurs consultations et de mener des entretiens, ainsi que leur laisser la possibilité de refuser l'enquête, autant de nouvelles étapes de négociation. Je n'ai rencontré que très peu de refus dans les deux institutions, mais ceux qui ont été formulés provenaient majoritairement d'hommes rencontrés au centre de

santé sexuelle pour HSH⁸. Par exemple, cet homme d'une trentaine d'années et « bien habillé » a répondu à ma demande de consentement par cette formule : « Je sais que vous devez faire de la recherche, mais pas sur moi ».

Afin de comprendre ces contrastes, il est nécessaire de prendre en considération les positions des acteur·trice·s. Dans le centre de santé sexuelle pour HSH, les usagers sont quasiment exclusivement des hommes, majoritairement blancs. Selon le rapport d'activité de 2018, la moyenne d'âge est de 34 ans. Dans les observations, j'ai relevé qu'il n'est pas rare de rencontrer des hommes présentant un statut socio-économique élevé. Par exemple, j'ai assisté aux consultations de santé sexuelle d'hommes, parfois vêtus d'un costume, mallette de travail à la main, qui exerçaient la profession d'architecte, d'avocat, de doyen d'une école commerciale ou de gérant d'un centre commercial. J'ai toutefois également rencontré des hommes au centre de santé sexuelle pour HSH avec un statut socio-économique moins élevé, pour qui il était notamment difficile de parvenir à payer des tests de dépistage des IST ou des traitements médicaux.

En ce qui concerne le centre de santé sexuelle, le rapport d'activité de 2018 atteste que le public est composé en majorité de femmes (71 %), célibataires et âgées de moins de 20 ans. J'ai observé que la majorité des femmes sont blanches. J'ai rencontré de nombreuses apprenties dans les consultations, dont le statut socio-économique est relativement bas⁹. Cependant, le public du centre de santé sexuelle était également composé d'étudiantes des écoles de maturité gymnasiales et des Hautes Écoles, présentant un statut socio-économique élevé¹⁰.

Parvenir à négocier ou non sa place d'ethnographe dans des consultations de santé prodigue de précieuses informations sur le positionnement social des enquêté·e·s (Gouilhers-Hertig, 2017, p. 68). Dans son ethnographie comparative des lieux d'accouchement en Suisse romande, Solène Gouilhers-Hertig explique avoir eu davantage de difficultés pour s'entretenir avec les parturientes d'une maison de naissance qu'avec celles d'une maternité. Selon elle, « cela a déjà apporté des éléments de différence sur la population qui fréquente le contexte hospitalier ou extra-hospitalier, à savoir une population plus ou moins captive et qui négocie plus ou moins le déroulement des situations de soins et l'accès des individus (professionnelles de santé ou chercheuse) à ces situations » (Gouilhers-Hertig, 2017, p. 68). Comme elle l'explique, les parturientes de la maison de naissance étaient plus éduquées et provenaient d'un milieu social plus favorisé que celles de la maternité. Ces données expliquent que les refus aient été plus fréquemment exprimés par le public de la maison de naissance que par le public de la maternité. Dès lors, selon Gouilhers-Hertig, pouvoir refuser de prendre part à une recherche dans le domaine de la santé atteste d'une position de pouvoir. Cette réflexion participe à comprendre que les refus dans mon enquête (même s'ils étaient minoritaires) aient été exprimés majoritairement par des hommes du centre de santé sexuelle pour HSH ayant un statut socio-économique élevé, plutôt que par des femmes du centre de santé sexuelle dont le statut socio-économique est plus bas.

Ma propre position sociale située de chercheuse est à prendre en considération pour comprendre ces dynamiques de négociation contrastées avec les usager·ère·s. Dans une perspective féministe, la neutralité de l'enquêteur·trice n'existe pas (Clair, 2016, p. 70). En partant de ce constat, il s'agit de « rendre compte à ses lecteur·trice·s de la position historique, sociale, incarnée à partir de laquelle le ou la chercheur·e écrit plutôt que d'apparaître comme « une voix anonyme et invisible faisant autorité » (Harding, 1987, p. 9) » (Clair, 2016, p. 81). Dans mon terrain, le fait que je sois une femme, jeune (28 ans), blanche, souvent identifiée par les professionnel·le·s en santé sexuelle et les usager·ère·s comme une « stagiaire », ou comme une « étudiante », a pu constituer une ressource ou un frein. D'un côté, ma position sociale située a

8 À l'exception d'une personne, les usager·ère·s que j'ai rencontré·e·s étaient des personnes cisgenres, c'est-à-dire des personnes dont le sexe assigné à leur naissance correspond à leur identité de genre.

9 En Suisse, les apprentissages sont des formations réalisées en cours d'emploi, généralement directement après l'école obligatoire.

10 Pour davantage d'information sur le système suisse de formation, se référer à ce site internet : <https://www.orientation.ch/dyn/show/2800>

sans doute contribué à faciliter mon insertion dans les consultations du centre de santé sexuelle, fréquentées en large majorité par des femmes jeunes. De l'autre côté, cette position a pu entraîner certaines difficultés de négociation d'enquête au centre de santé sexuelle pour HSH. Notamment, je n'ai jamais pu prendre part aux consultations médicales où la nudité des hommes était dévoilée. À chaque fois, la·le professionnel·le de santé sexuelle me demandait de sortir de la salle de consultation.

Ceci contraste avec les observations réalisées dans le cadre du centre de santé sexuelle. En particulier, cette différence est notable dans les consultations menées par les conseillères en santé sexuelle dans la maternité d'un hôpital romand. Les conseillères interviennent auprès de femmes ayant accouché, avec pour objectif de les informer sur les moyens de contraception dans le post-partum, sur la reprise des relations sexuelles après un accouchement, sur le baby-blues et sur la dépression du post-partum. Dans mon carnet de terrain, j'ai relevé à plusieurs reprises que les femmes étaient dénudées, notamment lorsqu'elles allaitaient. À titre d'illustration, voici un extrait de mes observations : « La conseillère en santé sexuelle ouvre le rideau qui entoure le lit d'hôpital. La femme est en train d'allaiter. Elle nous explique avoir accouché il y a trois heures. Elle est presque nue, son ventre et ses seins sont découverts ». Il est intéressant de relever que contrairement au corps des hommes, pouvoir observer le corps des femmes n'a pas fait l'objet d'une forme de négociation particulière. Bien qu'il s'agisse probablement d'une logique propre au contexte hospitalier, différentes recherches féministes montrent qu'historiquement le corps des femmes a fait l'objet d'une vaste surveillance médicale, dans l'idée de garantir leur « santé » et leur « bien-être » (Vuille et al., 2006, p. 11). À l'inverse, le corps des hommes a été épargné de cette surveillance (Barnes, 2014, p. 49-50). Une analyse féministe contribue à expliquer que des logiques de genre conduisent à un accès différencié à des consultations de santé sexuelle où la corporalité des femmes et des hommes est exposée. Ainsi, prendre en considération le genre permet de comprendre avec finesse que les modalités de négociation dans la conduite de l'enquête peuvent être différentes de celles de la phase d'accès au terrain.

Conclusion

Étudier les négociations ethnographiques sous un angle comparatif permet de montrer que cette série de démarches ne se limite pas à une étape fixe, réalisée en amont de la conduite de l'enquête. L'ethnographe doit entreprendre des négociations non seulement pour accéder au terrain, mais également pour conduire l'enquête. Négocier constitue donc un processus itératif. Cet argument a été développé en mobilisant un cas d'étude comparatif original, qui paraissait *a priori* paradoxal. En effet, ma recherche traite de deux institutions fermées (Darmon, 2005) présentant des caractéristiques communes.

Or, de premiers contrastes ont été observés entre les deux institutions lors des négociations pour accéder au terrain. Parvenir à obtenir l'accès à un centre de santé sexuelle pour HSH a été aisé, tandis que l'accès à un centre de santé sexuelle pour le tout public s'est avéré plus complexe. Ces négociations ont été tributaires de différents enjeux. Différentes logiques d'institutionnalisation et de visibilité ainsi que des difficultés propres à la méthodologie ethnographique ont été soulevées. Toutefois, cette dynamique s'est renversée lors de la conduite de l'enquête, puisque de nouvelles négociations contrastées entre les deux institutions sont survenues. En effet, mon insertion sur le terrain a été plus complexe au centre de santé sexuelle pour HSH qu'au centre de santé sexuelle pour le tout public. Cela s'explique tout d'abord par différentes contraintes structurelles propres aux institutions. Ensuite, les négociations se

sont transformées, en raison des relations d'enquête avec de nouveaux-elle-s acteur·trice·s. Pour comprendre les contrastes en matière de négociation, il convient de tenir compte des positions sociales situées des usager·ère·s. Par ailleurs, établir une réflexivité sur notre propre position sociale située d'ethnographie, englobée dans des logiques de genre, est nécessaire afin de comprendre en profondeur l'évolution des négociations. Ainsi, un premier accès aisé au terrain ne garantit pas forcément que la conduite de l'enquête soit exempte de négociations. À l'inverse, une insertion quasi-totale est possible, malgré un premier accès au terrain complexe.

Bibliographie

- BALLIF Edmée, 2017, *Mettre en mots avant de mettre au monde : modalités temporelles de l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes*, [Thèse de doctorat], Lausanne, Université de Lausanne, 448 p.
- BARBEY Mary Anna, 2009, *Eros en Helvétie*, Genève, Ed. des Sauvages, 141 p.
- BARNES Liberty Walther, 2014, *Conceiving masculinity : male infertility, medicine, and identity*, Philadelphia, Temple University Press, 211 p.
- BOURRIER Mathilde, 2017, « Conditions d'accès et production de connaissances organisationnelles : Quelles possibilités de produire des connaissances contextualisées sur le fonctionnement du "système de santé global" ? », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 11, n° 4, p. 521-547.
- CLAIR Isabelle, 2016, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 213, n° 3, p. 66-83.
- COMMISSION FÉDÉRALE POUR LA SANTÉ SEXUELLE, 2015, *Santé sexuelle – Une définition pour la Suisse*, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-sexuelle-gesundheit-eksg.html>, consulté le 31 octobre 2019.
- DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, vol. 58, n° 1, p. 98-112.
- DELAGE Pauline, 2017, « De l'obstacle méthodologique au levier analytique. Retour sur une comparaison asymétrique », *SociologieS* [en ligne], <http://journals.openedition.org/sociologies/6142>, consulté le 31 octobre 2019.
- DERBEZ Benjamin, 2010, « Négocier un terrain hospitalier », *Genèses*, 2010, vol. 78, n° 1, p. 105-120.
- DIAZ Pablo, 2017, « Chapitre 9. L'enquêteur face à la protection sociale ou la protection sociale face à l'enquêteur. Immersion dans un ministère philippin. » dans Jean-Claude Barbier, Marielle Poussou-Plesse et Renaud Gay (eds.), *Protection sociale : le savant et la politique*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Collection Recherches / RT6 »), p. 221-237.
- GEERTZ Clifford, 1973, « Chapter 15/ Deep Play : Notes on the Balinese Cockfight » dans *The interpretation of cultures : selected essays*, New York, Basic Books, p. 412-453.
- GOUILHERS-HERTIG Solène, 2017, *Gouverner par le risque : une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*, [Thèse de doctorat], Université de Genève, Genève, 468 p.
- HARDING Sandra G. (ed.), 2004, *The feminist standpoint theory reader : intellectual and political controversies*, New York, Routledge, 379 p.
- HARDING Sandra G. (ed.), 1987, *Feminism and methodology : social science issues*, Bloomington : Milton Keynes [Buckinghamshire], Indiana University Press ; Open University Press, 193 p.
- HOLMGREN Kristina et UDDENBERG Nils, 1993, « Ambivalence during Early Pregnancy among Expectant Mothers », *Gynecologic and Obstetric Investigation*, vol. 36, n° 1, p. 15-20.
- INFOTESTVIH.CH, 2017, *La PrEP (prophylaxie pré-exposition)*, <http://www.infotestvih.ch/la-prep-prophylaxie-pre-exposition/>, consulté le 6 février 2019.
- OMS, OMS | *Santé sexuelle*, http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/, consulté le 6 avril 2017.
- O'REILLY Karen, 2009, *Key concepts in ethnography*, London, Sage (coll. « Sage key concepts »), 234 p.

- PRAZ Anne-Françoise, 2017, « Pionnières et pionniers du planning familial en Valais », *Annales valaisannes*, Numéro spécial « Histoire des femmes », p. 199-219.
- SCHEPER-HUGHES Nancy, 2004, « Parts unknown : Undercover ethnography of the organs-trafficking underworld », *Ethnography*, vol. 5, n° 1, p. 29-73.
- TSCHIBANGU Noël et VOIDE CRETENAND Gilberte, 2016, *Stratégie Globale de Promotion de la Santé Sexuelle. Guide pour une Politique Cantonale*, Santé Sexuelle Suisse, https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/01/SANT%C3%89-SEXUELLE-Suisse_Guide-developpement-strategie-globale_IMPRIMANTE.pdf, Consulté le 31 octobre 2019.
- VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine et CRESSON Geneviève, 2006, « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n° 2, p. 4-15.
- WILLIS Paul et TRONDMAN Mats, 2000, « Manifesto for Ethnography », *Cultural Studies Critical Methodologies*, vol. 2, n° 3, p. 5-16.