



HAL
open science

Avorter et accoucher autrement De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales

Mathieu Azcué, Marie Mathieu

► To cite this version:

Mathieu Azcué, Marie Mathieu. Avorter et accoucher autrement De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2017, 48-2, pp.95-116. 10.4000/rsa.2048 . hal-03150011

HAL Id: hal-03150011

<https://hal.science/hal-03150011>

Submitted on 23 Feb 2021

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.



Recherches sociologiques et anthropologiques

48-2 | 2017
Le travail procréatif

Avorter et accoucher autrement

De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales

Aborting and Giving Birth Differently. From Demedicalisation to a Reconfiguration of Social Norms

Mathieu Azcué et Marie Mathieu



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rsa/2048>
DOI : 10.4000/rsa.2048
ISSN : 2033-7485

Éditeur

Unité d'anthropologie et de sociologie de l'Université catholique de Louvain

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2017
Pagination : 95-116
ISBN : 9782930207988
ISSN : 1782-1592

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



Référence électronique

Mathieu Azcué et Marie Mathieu, « Avorter et accoucher autrement », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 48-2 | 2017, mis en ligne le 11 juillet 2018, consulté le 23 février 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rsa/2048> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rsa.2048>



Les contenus de la revue *Recherches sociologiques et anthropologiques* sont disponibles selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Avorter et accoucher autrement

De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales

Mathieu Azcué, Marie Mathieu *

Cet article est issu de la réunion inédite de deux corpus d'entretiens menés avec des femmes ayant accouché en France ou ayant avorté au Québec au sein d'institutions valorisant une prise en charge "alternative" de ces différents temps des trajectoires procréatives, ainsi qu'avec des professionnel·le·s travaillant en ces lieux. La mise en commun de ces terrains de recherche nous a permis de révéler des continuités et des discordances dans la définition et la mise en pratique de l'"alternativité", notamment de la démedicalisation appliquée à deux épisodes ordinaires de la vie des femmes : l'arrêt de grossesse et l'enfantement. En effet, les praticien·ne·s travaillant au sein de ces espaces de "résistance", tout en portant une même contestation de l'injonction à l'encadrement thérapeutique du travail procréatif – plus spécifiquement du processus physiologique de la grossesse et de deux de ses issues possibles –, sont amené·e·s à participer à une construction différenciée de ces actes et à pérenniser selon des modalités originales l'opposition traditionnelle entre enfantement et arrêt volontaire de grossesse.

Mots-clés : pratiques alternatives, avortement, accouchement, Québec, France.

I. Introduction

Alors même que l'accouchement et l'avortement sont deux suites possibles d'un même processus biologique entamé (la grossesse), il est encore rare de voir ces deux objets réunis au sein d'une enquête sociologique, ou du moins pensés conjointement¹. L'arrêt d'une grossesse est encore bien souvent considéré comme un épisode négatif, renforçant par contraste les représentations sociales antagonistes de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de l'enfantement. Si l'avortement est construit socialement comme un geste "non anodin" (Mathieu, 2016 :123-160 ; Mathieu/Ruault, 2015), voire comme un drame (Lambert, 2012 ; Pheterson, 2003), la nais-

* Mathieu Azcué est doctorant en sociologie (Centre Max Weber-Université lumière Lyon 2). Marie Mathieu est docteure en sociologie (CSU/Université Paris 8 – IRÉF/UQAM).

¹ Notons cependant quelques travaux : BAJOS N., FERRAND M. (Dir.), 2002 ; LEE E., 2003.

sance reste assimilée à un “heureux événement”, niant par là la complexité des expériences des femmes. Cette dichotomie pourrait en partie expliquer la tendance à dissocier dans les recherches accouchement et avortement, qui sont pourtant épidémiologiquement deux moments ordinaires de la vie procréative des femmes et rendent compte des choix qu’elles exercent face à une même situation.

La pertinence de l’analyse articulée de ces séquences du travail procréatif des femmes ne devrait plus être à démontrer. Ainsi, l’étude des motivations des femmes qui avortent en France a permis de révéler par effet miroir les normes procréatives – soit les conditions socialement légitimes pour faire un enfant – et leur évolution, et d’expliquer la permanence depuis trente ans du nombre d’avortements alors qu’augmentait le recours à la contraception (Bajos *et al.*, 2004 ; Bajos/Ferrand, 2006 ; Boltanski, 2004). En effet, si on a très longtemps pensé l’éradication possible de l’avortement par la diffusion massive de la contraception médicale, on sait aujourd’hui que ce taux demeure “incompressible” du fait de la recomposition au cours du temps des normes sociales en matière de production d’enfants.

Tout en dépassant la division usuellement établie entre arrêt volontaire de grossesse et accouchement, cet article initie une réflexion originale en traitant des modalités de prise en charge de ces deux épisodes au sein d’espaces aux pratiques “alternatives” au Québec et en France : le Centre de santé des femmes de Montréal (CDSFM), qui assure des avortements depuis 1980 selon un principe de démedicalisation, et la maternité Belle-Naissance² qui, après un encadrement classique des accouchements, a opéré en 2006 un tournant en valorisant son activité “alternative-démedicalisée”. Nous appréhendons le traitement de ces deux modes d’achèvement d’une grossesse ensemble, en pénétrant les marges – ces expériences de démedicalisation étant “minoritaires” –, pour offrir dans un même temps un éclairage sur l’encadrement dominant et médicalisé des femmes enceintes³. Alors que les mouvements féministes ont permis aux femmes d’avoir le choix en matière de procréation, ils ont donné lieu à des discours et des pratiques dont il semble important de souligner les paradoxes à l’heure de leur institutionnalisation : dilution de la critique sociale dans le cas de l’avortement, renforcement des stéréotypes de genre et des rapports de classe pour l’accouchement.

L’avortement et l’accouchement – tout comme d’autres tâches que recouvre la notion de travail procréatif – ont été traversés par un processus commun de (bio)médicalisation⁴. Ces expériences autrefois inscrites dans

² Nom fictif utilisé aux fins d’anonymisation.

³ Cet encadrement médicalisé de l’accouchement a été largement documenté. *Confer* OAKLEY A., 1980 ; AKRICH M., PASVEER B., 1996 ; SAILLANT F., O’NEILL M., 1997.

⁴ Par “démedicalisation”, nous entendons, au-delà de l’antinomie, les conditions symboliques et matérielles qui permettent un usage raisonné des acquis scientifiques au service des publics, soit ici le libre choix des femmes quant au(x) modèle(s) de soin qui leur convien(nen)t au mieux (CLARKE A. *et al.*, 2000 ; CLARKE A., 2010).

les lieux domestiques, accompagnées par des profanes, ont rejoint dans les sociétés québécoise et française l'ensemble des actes médicaux pratiqués par des professions identifiées par les lois et rémunérées, dans des espaces aseptisés et technicisés au sein d'institutions habilitées à en assurer la prise en charge, selon des procédures fortement codifiées, usant d'outils et de technologies, notamment médicamenteuses, qui participent d'une (re)définition des femmes comme patientes, groupe aux corps valétudinaires (Dorlin, 2009) – d'autant qu'elles sont enceintes⁵.

Un nombre important de regards et d'actes sont portés sur les corps des femmes par des professionnel·le·s du médical, assurant par là même une vigilance sur les capacités procréatives des femmes, la santé et les pratiques sexuelles des populations (Ruault, 2011).

Identifiant dans ces glissements une forme nouvelle de domination sur leur corps sous couvert de santé et de gestion des risques, des groupes de femmes ont mis en place en France et au Québec dès les années 1970 des initiatives qui contestent l'encadrement médical des avortantes et des parturientes et, à travers elles, de leur classe de sexe. Ces expériences ont donné naissance au CDSFM au Québec et trouvent une résonance aujourd'hui à la maternité Belle-Naissance en France.

Après une présentation succincte des origines de ces espaces, des modalités de leur institutionnalisation et de leur définition de l'alternativité, nous rendrons compte des continuités entre ces manières "autres" d'arrêter des grossesses et de produire des enfants dans les deux régions francophones. Mais cet article sera surtout l'occasion d'exposer la déclinaison singulière de l'opposition liant avortement et accouchement, que la mise en perspective des pratiques et évolutions observées en ces lieux a révélée.

Les terrains de l'enquête

Cet article est issu de la confrontation de deux terrains menés à l'occasion de thèses de sociologie. Dans le cadre d'une mise en perspective franco-québécoise de la construction sociale des vécus de l'avortement, des entretiens ont été menés à Montréal avec des femmes ayant avorté dans les dix années précédant l'entrevue (entre 2001 et 2015). Ce corpus réunit 29 entretiens avec des femmes issues de milieux socio-économiques variés, âgées de 22 à 36 ans au moment de la rencontre, qui ont avorté de une à quatre fois. Nous mobilisons pour cet article plus spécifiquement les entretiens menés avec celles ayant avorté au CDSFM – soit les expériences de 10 d'entre elles, équivalent à 13 interventions. Soulignons que le CDSFM pratique exclusivement des avortements par aspiration – dits "avortements chirurgicaux" en France – en dessous de 14,6 semaines d'aménorrhée et dirige les femmes vers d'autres établissements au-delà de cette limite. À ce premier matériau, s'ajoutent les comptes-rendus de deux passages au CDSFM en octobre 2010 et mars 2013,

⁵ La pathologisation implicite des femmes enceintes est à la fois physique et mentale. La tentative de psychologisation des deux épisodes, soit l'un des pans de la médicalisation de ces temps des trajectoires procréatives, a été analysée dans les sociétés britannique et américaine (LEE E., 2003).

mêlant des observations dans les différents lieux et moments de la prise en charge des avortements, ainsi que des échanges avec des professionnelles qui y exercent.

Le second terrain a été réalisé dans une maternité publique française de type I réalisant 900 accouchements par an⁶ : elle accueille les femmes enceintes à terme pour un accouchement et transfère vers un établissement de type II ou III celles nécessitant un soutien plus adapté en cas de naissance prématurée. Elle est reconnue en Rhône-Alpes comme une maternité où l'accouchement ne fait pas l'objet d'une prise en charge standardisée et systématique. Aussi, si le taux régional d'accouchements sans assistance technique est de 14 %, il atteint ici près de 50 %⁷. Le matériau mobilisé se compose d'observations menées en salles d'accouchement de septembre 2011 à mars 2012 et d'entretiens avec des professionnel·le·s de la maternité (4 avec des médecins, 8 avec des sages-femmes, 4 avec des auxiliaires⁸ de puériculture) et 15 avec des couples dont la femme a accouché dans ce service.

II. De la naissance à l'institutionnalisation de pratiques contestataires

En France et au Québec se sont développés des espaces de résistance, ancrés dans les besoins de la population, venant palier un traitement insatisfaisant des corps enceints, en termes d'accès et/ou de pratiques. L'une de leurs particularités est d'être nés de l'expérience de femmes s'organisant pour proposer des manières différentes de faire, tout en valorisant leur autonomie durant ces épisodes. Toutefois, leur mise en place dans les structures enquêtées a eu lieu dans des contextes sociohistoriques et politiques distincts, de même qu'elle s'est accompagnée d'une formalisation théorique contrastée. Initiées à la marge, ces pratiques inédites font ensuite l'objet d'une reconnaissance officielle et d'une institutionnalisation progressive. Bien qu'empruntant des cheminements différents, ces espaces deviennent tous deux des instances officielles de prise en charge de ces temps des parcours reproductifs, participant dès lors de la (re)définition des séquences du travail procréatif et des conditions de sa réalisation.

A. *Le Centre de Santé des Femmes de Montréal :*

des pratiques alternatives d'avortement devenues légales et gratuites

Le premier des centres de santé des femmes du Québec est créé à Montréal en juin 1975 (Desmarais, 1999 :129). Remplaçant le Centre des femmes (1972-1974), le Centre de santé des femmes à Montréal s'adresse d'abord aux femmes du quartier, alors populaire, du Plateau Mont-Royal.

⁶ La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ayant été construite en France selon une approche de gestion des risques essentiellement pédiatriques, les maternités se voient classées par type de soin adapté au risque potentiel d'une naissance prématurée.

⁷ Source : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Rapport 2012. Pertinence des soins, ciblage d'activités, activités MCO.*

⁸ Les auxiliaires de puériculture enquêtées sont exclusivement des femmes.

Si le service d'avortement représente pendant longtemps son activité principale, celui-ci n'a vu le jour qu'en 1980, alors que le Comité de lutte pour la contraception et l'avortement libres et gratuits en charge depuis 1974 du service de référence en avortement (mis en place par le Front de Libération des femmes du Québec) disparaissait (Desmarais, 2016 :105, 118, 179). Dans un premier temps, le centre offre un service de consultation médicale et de documentation, des cours et rencontres thématiques sur la santé et enfin un service de référence pour obtenir des avortements illégaux non clandestins (Michaud, 1997 :99). En effet, bien que légalisé au Canada sous conditions depuis l'adoption du bill C-150⁹, l'avortement demeure alors toujours peu accessible au Québec, notamment en milieu francophone.

Cependant, à partir de 1973, une forte mobilisation autour de la revendication de l'accès à l'avortement s'amorce de manière quasi concomitante avec le début de la saga dite "Morgentaler", du nom du médecin qui ouvre en 1968 une clinique d'avortement à Montréal (Desmarais, 2016 :48). Malgré l'arrêt des poursuites contre le médecin et ses collègues en 1976 et la mise en place des "cliniques Lazure" (Desmarais, 2016 :155) pour rendre applicable la loi au sein des hôpitaux dès 1978, l'avortement volontaire n'est pas décriminalisé, et ce jusqu'au célèbre jugement de 1988¹⁰. C'est dans ce contexte que se met en place le Centre et que «les premières militantes féministes en santé en [viennent] à développer une critique radicale de la médecine scientifique» (Michaud, 1997 :100).

Si dès sa première assemblée générale, en avril 1978, le Centre énonce sa volonté d'offrir un service d'avortement, ce n'est qu'en novembre 1980 qu'il réussit à le mettre en place (Desmarais, 1999 :174, 204). Célébrée le 16 mai 1981 après la projection de *Regarde, elle a les yeux grand ouverts* (Le Masson, 1980), son inauguration coïncide avec l'ouverture du Centre à l'ensemble de la population féminine.

Dénonçant l'oppression des femmes et revendiquant leur autonomie, le réseau des CDSF se développe autour de principes fondamentaux formulés dans «l'énoncé des trois "D"» (Michaud, 1997 :100).

Les trois "D" du Centre de santé des femmes de Montréal

1° Déprofessionnaliser : ce qui signifie resituer les pratiques médicales dans un cadre plus accessible et égalitaire, [...] bref, retirer des mains des expert·e·s le monopole des décisions qui concernent le corps, la santé et le mieux-être des femmes afin d'améliorer leurs connaissances et accroître leur pouvoir de décision. Déprofessionnaliser signifie également permettre à des femmes, formées pour le faire, d'accomplir des actes médicaux dévolus aux professionnel·le·s de la santé (*ex.* sage-femme, paramédicale).

⁹ Version quasi identique du bill C-195, connu aussi sous le nom bill Omnibus (1967) (DESMARAIS L., 2016, pp.50, 51, 54).

¹⁰ R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 19556.

2° Démédicaliser : ce qui signifie développer un regard critique par rapport à la médecine, abolir la surmédicalisation des phénomènes normaux comme l'accouchement [...], avoir une vision holistique et proposer des méthodes alternatives en santé.

3° Désexiser : ce qui signifie dénoncer les attitudes paternalistes qui infantilisent les femmes, [...] questionner la pertinence et la fréquence de certaines interventions proposées d'emblée [...], sans que d'autres solutions alternatives soient considérées (CDSFM *et al.*, 2000 :8-9).

Par la suite, une série de décisions gouvernementales favorisent l'implantation du CDSFM dans le réseau des établissements officiels dispensant des avortements. La pratique de l'avortement est dépenalisée au Canada en 1988. Cependant, le Centre doit s'appuyer sur les dons pour continuer son activité durant les dix années qui suivent.

Un tournant s'opère en octobre 2001, puisque le gouvernement alloue une subvention pour la consolidation des services IVG au Québec. Puis, en 2003, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre accorde au CDSFM un financement récurrent qui lui permet enfin d'offrir ses services d'avortement gratuitement à plus de 1000 femmes par an, sans pour autant combler tous les besoins (CDSFM, 2014). Ce n'est qu'en janvier 2008 que le gouvernement signifie la totale gratuité de l'avortement pour toutes les femmes quel que soit le lieu d'intervention (CSF/Di Domenico, 2008 :28). Cette décision fait suite au jugement de la Cour supérieure du Québec prononcé en août 2006. Il donne raison à l'Association pour l'accès à l'avortement qui a intenté un recours collectif en 2003 contre le gouvernement québécois, invoquant que ce dernier violait sa propre loi en ne couvrant qu'une partie des coûts des avortements pratiqués en cliniques privées et au CDSFM puisque le réseau public n'était pas en mesure de prendre en charge toutes les demandes (Cauchy, 2006).

B. La maternité Belle-Naissance : la reconnaissance officielle d'un accompagnement des naissances physiologiques

À l'origine, Belle-Naissance est une maternité "classique". Inscrite dans un réseau de maternités, elle répond aux normes rationalisées en moyens techniques et humains. Considérant l'accouchement comme un événement à risques incompressibles (Naiditch/Bremond, 1998), différents décrets contraignent les établissements à se doter d'un arsenal technique pour prévenir la mortalité maternelle et infantile. L'extension du mouvement techniciste amorcé autour de la naissance dès les années 1970 se poursuit avec le plan périnatalité 2005-2007 du Ministère de la Santé, qui donne de nouveaux moyens aux maternités pour se conformer aux normes techniques attendues.

Paradoxalement, ce programme porte aussi en son sein une vision plus relationnelle de l'accouchement, exprimant la volonté d'accompagner les femmes enceintes et les couples dans la parentalité. Mais derrière cette contradiction apparente, ces deux modes d'appréhension de l'accouche-

ment forment un tout orienté vers le nouveau-né et sa sécurité : physique et psychique.

Le plan prévoit aussi l'expérimentation de "maisons de naissance", soit des établissements institutionnalisant une démedicalisation des accouchements, à l'instar du Québec. Malgré de fortes résistances des médecins, une loi appuyant la mise en place de ce projet est votée fin 2013. De fait, et par la structure des coûts inhérents au décret d'expérimentation¹¹, la création de ces espaces, à rebours de la politique française en la matière depuis quarante ans, devient une gageure. Parallèlement, certaines maternités expérimentent des pratiques alternatives de prise en charge au sein de salles de naissance spécifiques : les pôles physiologiques. C'est le cas de la maternité enquêtée.

Avec le temps, l'équipe de sages-femmes a rajeuni et trois d'entre elles souhaitent « retrouver le cœur de métier » (Louise, 30 ans). Une nuit de 2006, Eva, l'une des sages-femmes, est admise pour son accouchement et accompagnée par ses deux collègues, Louise et Virginie. Eva souhaite accoucher sans assistance pharmaceutique. Louise pousse la table d'accouchement dans un coin et installe au sol des tapis utilisés pour la préparation à l'accouchement. Le rythme cardiaque du bébé n'est pas enregistré en continu mais seulement quelques minutes toutes les heures. L'accouchement d'Eva a ainsi lieu en l'absence de médecin, au sol, sur un tapis, dans la position de son choix. Par la suite, les tapis restent en salle d'accouchement et régulièrement ces sages-femmes, suivies rapidement par la plupart de leurs collègues, accompagnent les femmes souhaitant accoucher de cette manière. Eva nous confie :

Mon premier accouchement, ça a fait bouger ma pratique, ça m'a prouvé que c'était possible et qu'il n'y avait pas de raison qu'on empêche les femmes de le faire... C'est donc après ça qu'on a été plus loin dans la physio.

Cette expérience initie la mise en place de pratiques "alternatives" : l'accompagnement des naissances physiologiques.

Si à Belle-Naissance ces pratiques n'ont pas fait l'objet d'une formalisation théorique telle qu'au CDSFM, une certaine proximité peut être établie entre les discours recueillis dans ces deux espaces. Les sages-femmes de Belle-Naissance ont en effet conscience du rapport de force – assez constant dans l'histoire de leur profession (Knibiehler, 2007) – qui se joue avec les médecins, détenteurs légitimes des outils et technologies.

Le pôle physiologique s'insère également dans une stratégie interne de préservation de la maternité. Cette reconnaissance institutionnelle permet aux sages-femmes de rendre visible leur activité "bas risque" et de dépasser les résistances émanant des médecins. Il est nécessaire d'insister sur le

¹¹ Une maternité hospitalière acceptant d'adosser une maison de naissance ne peut pas tarifier un séjour dans le cadre de la tarification à l'activité, ce qui rend les projets en cours quasiment impossibles à maintenir sur le long terme au niveau financier malgré une allocation de fonds spéciaux par le Ministère de la santé.

fait que l’institutionnalisation de la critique des femmes et des sages-femmes envers le pouvoir médical, à travers cette expérience de pratiques alternatives, n’a pu voir le jour que dans un contexte économique très contraignant pour les établissements hospitaliers dont les tutelles organisent la mise en concurrence.

L’institutionnalisation progressive du CDSFM et du service physiologique à Belle-Naissance représente une victoire de femmes. Elle a permis de promouvoir et d’assoir un décalage dans les manières de prendre en charge les femmes enceintes et plus largement leur santé. À terme, la démarche initiée par les professionnelles de soins – qui sont toutes des femmes – reçoit un soutien institutionnel, bien qu’il tranche avec le modèle dominant. Malgré leur éloignement géographique, ces deux adresses sont en effet porteuses d’une même critique du traitement médicalisé des grossesses ayant lieu dans la plupart des établissements en charge de ces temps des trajectoires procréatives féminines.

III. De l’ “alternativité” à la recomposition d’une opposition traditionnelle

L’analyse conjointe des observations réalisées au CDSFM et à Belle-Naissance permet dans le même temps de saisir, au-delà de continuités flagrantes entre pratiques “alternatives” d’avortement et d’accouchement, un traitement différencié de ces deux actes. En effet, la réunion des deux terrains enquêtés révèle des représentations inverses de ces épisodes, renforcées par des transformations récentes. Alors que l’accouchement tend à se démedicaliser (au moins dans les revendications), à s’exposer et à être réinscrit dans un collectif familial et mixte, la démedicalisation de l’avortement s’effrite et son expérience est renvoyée dans l’oubli. Là où il a pu par le passé être (ré)inscrit dans un entre-soi féminin, l’arrêt d’une grossesse est de nos jours très individuel.

A. Des évolutions opposées des espaces et des usages des technologies

Un des éléments remarquables de ces terrains relève des structures en tant que telles. En effet, le CDSFM et la maternité Belle-Naissance sont deux endroits insolites dans la mesure où l’observatrice/eur est confronté·e à un cadre et des pratiques éloignées des standards médicaux dominants en milieu hospitalier¹².

Ainsi, les femmes ayant avorté au sein du premier CDSFM rendent compte spontanément de certaines de ses caractéristiques. Marjolaine, qui fait son deuxième avortement au CDSFM, a eu une première expérience en CLSC :

C’est fait dans un milieu, c’est assez froid ; c’est une clinique. Comparativement à la deuxième fois où c’était à la maison des femmes de Montréal [...] sur St Joseph, où là c’est comme une vieille maison

¹² Et exposés depuis quelques années à la télévision *via* des émissions telles que BabyBoom.

victorienne, avec des chambres, où l’ambiance est plus... T’as l’impression d’être chez ta grand maman ou chez une vieille tante [rire].

Ici assimilé à un lieu “familial”, le CDSFM contraste avec les cliniques ou hôpitaux, dits aseptisés et déshumanisés. Les propos recueillis soulignent différents détails : l’endroit s’inscrit dans un quartier résidentiel proche des lieux de vie des femmes qui s’y rendent ; son architecture générale rompt avec celle d’un hôpital par sa taille, “à dimension humaine”, mais aussi sa scénographie (chaque pièce est dédiée à une fonction précise, tandis que des portes permettent aux femmes de se soustraire aux oreilles et regards étrangers) ; les lumières tamisées, les couleurs chaudes et douces, la décoration en partie végétale articulées à la configuration des espaces, forment un cadre intimiste pensé pour le confort des usagères, tout comme c’est le cas dans la maternité Belle-Naissance. Aussi le Centre et la maternité sont-ils devenus “familiers” pour certaines des enquêtées qui les ont fréquentés pour une formation – à la pose de cape cervicale au CDSFM –, une consultation gynécologique ou une visite en urgence.

La continuité entre le Centre, la maternité et les lieux du quotidien est aussi perceptible lorsque l’on prête attention aux tenues vestimentaires. Au CDSFM, «les infirmières [sont] habillées en civil» (Camille) et les avortantes portent leurs propres habits jusqu’en salle d’avortement. Cette pratique réinscrit l’avortement dans les actes de la vie ordinaire. En rejetant la mise en scène traditionnelle des rôles (expert·e·s/profanés) par les costumes, elle contribue à la création d’un cadre plus égalitaire, de manière cohérente avec le principe de déprofessionnalisation. À la maternité, les tenues vestimentaires sont nettement plus règlementées, mais les sages-femmes portent leurs bijoux et les femmes accouchent bien souvent nues, rompant avec l’anonymisation usuelle des corps sous les uniformes.

Toutefois, des évolutions se produisent au cours du temps. Quand le CDSFM déménage, les espaces sont repensés. Les lieux, plus modernes, se rapprochent de ceux d’une clinique, “plus rassurants” pour les femmes¹³. La zone spécifique au traitement du matériel utilisé pour les avortements est subdivisée en deux : d’un côté le matériel sale, de l’autre le propre¹⁴, de manière à anticiper des règlementations à venir. Les principes du Centre sont en effet éprouvés par des projets de loi qui poussent ces lieux à une aseptisation et une technicisation croissantes. À titre d’exemple, le projet de loi C34 exigeait la transformation des lieux en cliniques médicales spécialisées, et par là la mise en place d’un bloc opératoire. Enfin, la salle d’avortement est une pièce totalement fermée de type salle d’intervention, qui contraste fortement avec la salle “nature” de la maternité Belle-Naissance. Ici, ni baignoire, ni lit bas, ni ballon de détente... Une table gynécologique centrale, dans une pièce épurée, tandis que la machine aspirante, autrefois cachée dans le sol, est installée dans un recoin. Quant au tableau qui figurait au plafond dans l’ancien Centre pour que les femmes

¹³ Propos recueillis lors de la première visite au CDSFM auprès d’une intervenante.

¹⁴ Observation effectuée en 2010.

puissent poser leur regard sur une image agréable lors de l'intervention, il n'est pas accroché au moment de notre dernière visite.

Dans le cadre de l'accouchement, les outils médicaux présents sont dissimulés derrière des paravents, donnant aux parturientes l'impression générale d'un "chez soi". La salle "nature" de Belle-Naissance comporte en réalité une table d'accouchement et un charriot d'anesthésie, traces du compromis établi avec les médecins.

Alors même que les pratiques alternatives d'accouchement tendent à faire disparaître la technique ou du moins à la dissimuler, l'avortement semble traversé par un processus inverse. En s'institutionnalisant, le CDSFM doit négocier avec des normes sanitaires qui influent sur la mise en pratique de ses principes, dont celui de démedicalisation.

Cependant, la démedicalisation se traduit toujours dans ces espaces par un moindre recours aux examens physiques ou aux technologies intrusives. Au CDSFM, la grossesse est attestée par test urinaire et non par prise de sang comme il est d'usage ailleurs. L'échographie – quasi-systématique pour une grossesse en France, menée à terme ou avortée (Mathieu/Ruault, 2015 :34) – a été longtemps absente au Centre, la datation de la grossesse étant alors établie à partir d'un examen clinique croisé avec le calcul basé sur les dernières règles. Ainsi, les avortantes n'étaient pas contraintes de se soumettre à cette étape de "mise en image".

De la même manière, les sages-femmes de Belle-Naissance sont économes des touchers vaginaux quelle que soit la période de la grossesse. Ainsi, Louise ne pratique cet examen que sur demande de la femme, à l'entrée en travail et avec un délai très long entre deux touchers¹⁵. En salle de naissance, certaines n'hésitent pas à "tricher" sur les horaires dans les dossiers médicaux, considérant cette surveillance systématique inutile. Face aux médecins, l'argument des sages-femmes est technique : les touchers vaginaux augmentent le risque de développer une infection nosocomiale.

Dans les deux espaces enquêtés, les femmes bénéficient d'un choix élargi quant à la prise en charge de la douleur, ce qui les place au cœur du processus décisionnel. À Belle-Naissance, les sages-femmes précisent qu'il ne s'agit pas de renoncer à tout ce qu'offre la médecine moderne mais à proposer des alternatives dans le relationnel, avec une présence soutenue auprès des couples, ou dans la pharmacopée, avec l'acupuncture ou l'homéopathie. De même, au CDSFM,

Tu avais accès à toutes sortes de médicaments mais pas que des médicaments. [...] tu avais accès à toutes sortes de trucs, aussi variés que de l'acupression pour calmer ton stress, que des plantes naturelles, des tisanes, en allant vers la pseudo-morphine [...] C'était ça la panoplie. Tu pouvais choisir ce que tu voulais là-dedans (Elisa).

¹⁵ Classiquement, pour une femme "en travail", la sage-femme réalise un toucher vaginal toutes les heures jusqu'à l'accouchement. À Belle-Naissance, le délai moyen est reporté d'une à quatre heures.

Dans ces structures, le choix d'une gestion non pharmaceutique de la douleur et de l'angoisse est entendu. À Belle-Naissance, un homme sage-femme reçoit en urgence Hélène, enceinte de 8 mois, à la sortie d'une consultation d'anesthésie dans un autre hôpital :

J'ai vu l'anesthésiste [...] Il m'a dit que la péridurale ce n'est pas une question, c'est comme ça, on n'accouche plus comme les grands-mères... [pleurs]. Je lui ai dit que je n'étais pas pour. Là, il m'a traitée de folledingue et qu'à la première contraction je demanderais qu'on l'appelle [pleurs]. J'ai une amie qui a accouché chez vous il y a un an, vous faites pas comme ça ici.

Les attentes exprimées par les femmes sont au cœur de la démarche des professionnel·le·s dans ces deux lieux. L'imaginaire de la douleur et du risque est déplacé vers la valorisation des compétences des femmes, des techniques du corps (Mauss, 1935) et des méthodes mécaniques et humaines. De même, au CDSFM, durant l'avortement en tant que tel est proposé aux femmes l'usage de bouillotte, de chauffettes ou d'un linge rafraîchissant, de la musique, qui s'ajoutent au tableau du plafond (dans l'ancien CDSFM), à une table gynécologique plus large aux étriers emboitant les jambes et à la présence d'une travailleuse sociale/infirmière dédiée à leur bien-être.

Cependant, du côté de l'avortement, différentes pratiques ont été délaissées par le CDSFM au fil du temps : l'acupuncture n'est plus proposée ; le Relaxen¹⁶, combinaison de plantes, considéré comme « incompatible avec un nouveau médicament¹⁷ », n'est plus administré. D'autres médicaments sont venus s'ajouter à la liste des choix offerts aux femmes pour maîtriser la douleur comme le Versed, un hypnotique et sédatif à action rapide. L'usage de l'échographie s'est étendu, le CDSFM s'étant doté d'une sonde pour éviter les erreurs de datation. Les femmes sont désormais soumises automatiquement à la vaccination si elles sont de groupe rhésus négatif. Bien que demeure au CDSFM un regard critique face au RU-486 (l'interruption de grossesse par médicaments¹⁸), l'avortement y fait l'objet d'une médicalisation de plus en plus importante.

Alors que la pratique « démedicalisée » de l'accouchement semble trouver sa place au sein de l'institution qui tend vers un modèle pluraliste, les pratiques démedicalisées d'avortement semblent progressivement se diluer. On ne peut délier cette évolution des pressions institutionnelles – notamment des modifications des conditions d'exercice – de l'évolution générale des représentations sociales des épisodes étudiés. La valorisation du choix des femmes conduit ainsi à un usage plus large de la médication,

¹⁶ Le Relaxen se présente sous forme de capsules contenant valériane, passiflore, houblon, tilleul et mélisse.

¹⁷ Extrait de l'entretien avec la directrice du CDSFM, le 27 mars 2013.

¹⁸ L'avortement par médicaments, dit « médicamenteux » en France, représente moins de 1 % des avortements au Québec. Il y est réalisé par la combinaison de méthotrexate et de misoprostol. Utilisé en France depuis 1988, le RU-486 (mifépristone), interdit par Santé Canada jusqu'en 2015, est accessible gratuitement au Québec depuis la fin de l'année 2017.

signe d'un refus croissant de la douleur associée à l'avortement. Alors que se développent, en France comme au Québec, la filière physiologique, les salles nature, les maisons de naissance et les projets d'accompagnement démedicalisé des naissances, les pratiques alternatives d'avortement semblent difficilement résister.

B. La fabrique des (non) souvenirs de la grossesse et de son issue

Les deux lieux investigués ont pour singularité l'espace-temps qui est consacré aux femmes. Juliette explique ainsi son choix d'accoucher à Belle-Naissance : «Aller à la maternité X ça ne me tentait pas du tout parce que c'était un gros hôpital. Je préfère les espaces où on a le temps de l'humain». Au-delà du moment de l'accouchement ou de l'avortement en tant que tel, les femmes vivent en ces deux établissements un processus qui s'inscrit dans la durée. Celles souhaitant avorter au CDSFM participaient jusqu'à peu à une rencontre collective avec d'autres femmes désireuses d'avorter et une intervenante. Cette réunion, qui s'étalait sur une matinée, était un moment pensé pour permettre aux femmes d'acquérir toutes les informations et savoir-faire relatifs à leur avortement (et plus globalement au contrôle de leur fécondité), mais aussi de rencontrer d'autres femmes et partager leur expérience propre.

De même, à Belle-Naissance, s'il n'y a pas là de temps spécifique assurant cette fonction d'échanges de connaissances, le partenariat noué avec les associations de parents joue cette fonction implicite. Des rencontres mensuelles sont organisées par des mères sur des thématiques liées à la grossesse (maîtriser soi-même des petits maux de la grossesse), à l'accouchement (l'intérêt de choisir telle ou telle position d'accouchement) ou aux suites de la naissance (savoir se reposer et s'occuper de soi et de sa famille après la venue de l'enfant).

Mais au CDSFM, cette étape de la prise en charge des avortantes a été mise à mal par la gratuité généralisée de tous les services d'avortement au Québec. Le remboursement de l'acte quel que soit le lieu de sa réalisation a en effet mis en concurrence les différents services d'avortement. Le CDSFM est à cette période le seul d'entre eux confronté à une baisse de fréquentation. De manière à escamoter la rencontre collective, vécue comme contraignante et/ou incompatible avec leur activité professionnelle, selon les propos des avortantes, celles-ci se dirigent vers les autres établissements où elles peuvent obtenir l'intervention souhaitée à l'issue d'une seule rencontre individuelle. Le Centre a donc été amené à modifier ses pratiques : il propose aujourd'hui des rendez-vous individuels ou en binômes, moins chronophages.

Alors que les femmes s'investissent temporellement pour acquérir des connaissances et des techniques quant à la grossesse et l'accouchement, elles semblent donc rejeter l'idée d'allouer du temps à l'avortement, épisode qu'elles veulent isolé, rapide et réalisé dans les plus brefs délais. Elles refusent d'expérimenter plus longtemps les signes d'une grossesse qu'elles s'appêtent à arrêter, tentent de se soustraire à la création de sou-

venirs en lien avec l'épisode et à toute forme de partage avec des inconnues.

Et si l'échographie a été longtemps absente de l'avortement au CDSFM, en tant que procédure communément associée à une maternité en train de se construire (Fellous, 1988), certaines avortantes ont dû se plier à l'examen lorsque persistait un flou sur l'avancée de la grossesse. Dans le cas d'une grossesse menée à terme à Belle-Naissance, les échographies sont bien sûr des «moments importants» où «on a ce temps de rencontre avec notre bébé» (Céline), alors que lorsque l'examen est pratiqué au CDSFM, l'image n'est pas exposée directement aux femmes et fait l'objet de peu de commentaires :

Oui, ben en fait, elle m'a pas dit : 'Regarde, et puis tout ça'. Je me suis juste couchée. On m'a mis du liquide sur le ventre. Et puis, elle fait : 'Ok', et puis je me suis retournée et puis j'ai vu. Et j'ai juste fait : 'Puis ?'. Elle m'a dit [...] : 'c'est huit semaines et demi, huit semaines' (Chloé).

Si l'examen est le même, accouchantes et avortantes passent des échographies selon des modalités très contrastées. Tandis que les futures mères sont enjointes à voir l'intérieur de leur corps et le développement du fœtus, les avortantes se doivent de négocier avec des sensations sur lesquelles elles n'apposeront pas d'explications ou d'images "techniques" détaillées. D'ailleurs, lorsque Chloé repasse au CDSFM quelques semaines après son avortement et demande la photo de son échographie, la professionnelle rencontrée ne peut la lui donner puisque cela nécessiterait une copie. Alors que dans le cas d'un fœtus tumoral (Boltanski, 2004) l'empreinte papier est enfermée dans un dossier médical derrière les murs de l'institution, non pensée pour être partagée avec d'autres personnes, ni même être le potentiel support d'un souvenir, elle est multipliée, partagée et conservée précieusement par les femmes lorsque la grossesse s'achève par un accouchement.

Soulignons cependant qu'une des spécificités du CDSFM est qu'il offre la possibilité aux avortantes de voir le produit de la grossesse extrait. Pour Joséphine, cette étape était importante :

Pour moi c'était clair qu'il fallait que je le voie, peu importe ce que ça faisait, peu importe comment je dealais avec ça, c'était super important pour moi de... comme vivre cette émotion-là. Plutôt que de vivre toute ma vie avec l'ignorance. Puis au moment où j'ai pris la décision d'avorter, c'est une des premières questions que je me suis posée, c'est vrai. Je me suis vraiment demandée. Tu sais c'est comme l'espèce de menstrues ben pognées¹⁹, t'sais c'est rien de bien particulier. Puis ça m'a fait du bien vraiment, ça m'a libérée de voir ça, de voir qu'il y avait rien à voir en fait.

¹⁹ Pognées, participié passé du verbe pogner, propre au langage populaire québécois. Le sens qu'on peut lui attribuer ici est "prises" ou "attrapées".

Dans le cas de Joséphine, voir le produit de la grossesse lui a permis de désacraliser l'avortement. Pour d'autres, ce moment est une étape du "deuil", avec la diversité de sens mis derrière le terme. Mais quelle que soit la manière dont les femmes la vivent, cette confrontation visuelle se doit de rester un épisode ponctuel. Une professionnelle du CDSFM nous raconte par exemple que lors d'un avortement, un partenaire accompagnant son amie a voulu prendre une photo avec son téléphone dans la salle d'intervention. Il a été automatiquement exclu de la pièce et les images effacées. Ces observations suggèrent tant l'impossible exposition des images de l'avortement – cohérente avec la sous-représentation caractérisant ce dernier (Boltanski, 2004) – qu'un interdit implicite de conservation par les femmes de souvenirs visuels durables de cet épisode. De même, les musiques sélectionnées pour être diffusées en salle d'intervention sont des airs "neutres" (pas de chansons), afin d'éviter toute association possible au futur et la formation d'un souvenir auditif.

À Belle-Naissance en revanche, des objets-souvenirs pérennes, visuels ou auditifs, sont communément fabriqués : il est fréquent qu'un photographe passe en maternité ou que le/la partenaire réalise une vidéo ; on propose aux femmes des bandes de "birth hypnose", outil permettant une relaxation pendant les contractions de l'accouchement, qu'elles peuvent se procurer aisément et réécouter à leur guise.

Aussi, comme souligné précédemment, l'usage de la médication s'est étendu pour maîtriser la douleur de l'avortement au CDSFM, alors que son utilisation minimale et l'expérience des douleurs de l'accouchement sont largement valorisées à Belle-Naissance. Ces évolutions contraires participent elles aussi d'une construction différenciée des souvenirs des deux épisodes. Tandis que les femmes acceptent et vivent les sensations physiques intenses de l'accouchement et l'ancrage dans leur chair d'un souvenir, l'empreinte corporelle pour les avortements est refusée par un recours croissant à la médication. Au CDSFM, les femmes ne sont pas automatiquement anesthésiées – comme on l'observe en France –, mais peuvent aujourd'hui choisir parmi un large panel de médicaments. Le Versed, qui a pour particularité de créer une amnésie antérograde de courte durée, n'était pas utilisé au départ «pour des raisons idéologiques²⁰», étant donné qu'il participait de la formation de l'oubli de l'épisode. Mais il s'est imposé car

Il y en a qui ont commencé à challenger cette idée, en disant : 'Attention là ! Nous ici, notre valeur première, ce qu'on met de l'avant, c'est que ce sont les femmes qui choisissent. À partir du moment où on décide que ce médicament qui est disponible, qui existe, qui est utilisé ailleurs, qui a fait ses preuves, on ne l'a pas, on vient de décider'.²¹

²⁰ Extrait de l'entretien avec la directrice du CDSFM, le 27 mars 2013.

²¹ Extrait de l'entretien avec la directrice du CDSFM, le 27 mars 2013.

Enfin, bien que la femme qui avorte au CDSFM puisse être accompagnée par la personne de son choix – ce qui contraste avec les pratiques ayant cours dans les autres établissements de Montréal –, ce moment demeure partagé en comité très restreint. Alors qu’à Belle-Naissance plusieurs personnes peuvent assister à l’accouchement et partager cette expérience, l’avortement est encore couramment un entre-femmes, resserré autour de l’avortante et des professionnelles du Centre. L’élargissement du cercle des “spectateurs/rices” dans le cadre de l’accouchement rend compte d’un investissement différencié des hommes lors de ces deux épisodes, mais participe surtout d’une co-construction distincte des souvenirs : l’expérience d’une naissance se partage – plusieurs personnes sont témoins –, l’avortement est fréquemment solitaire, invisibilisé et encore souvent tu. Sa pratique semble destinée à être rejetée dans l’oubli, celui des femmes, des partenariats sexuels et plus largement des représentations collectives (Conte *et al.*, 2015 :201).

IV. Entre “familisation” de l’enfantement et féminisation de l’avortement

Dans la prise en charge classique de l’avortement et de l’accouchement, les femmes se voient bien souvent isolées. Mises à distance de leur groupe d’appartenance (famille/femmes), elles sont face à des professionnel·le·s, détenteurs/rices des savoirs, dans une interaction traversée par un rapport de domination, et bien souvent réduites au rôle de patientes silencieuses.

Le CDSFM comme Belle-Naissance ont mis en place des pratiques qui permettent de limiter ces rapports de force entre professionnelles et profanes, afin de leur offrir une autonomie et une marge de manœuvre élargies – formalisées sous le terme de “déprofessionnalisation” au CDSFM. Les sages-femmes de Belle-Naissance et les professionnelles du Centre d’avortement québécois tentent de créer un cadre plus égalitaire, en donnant une place privilégiée à leur groupe social d’appartenance.

Au CDSFM, les moments d’échanges entre expertes et usagères ont été pensés comme collectifs : une intervenante et un groupe d’avortantes, ou un trinôme (médecin, intervenante et avortante). Durant la réunion collective au CDSFM, un ensemble d’informations sont partagées avec les femmes, entre femmes : résumé de l’histoire du droit à l’avortement, vision globale du processus, connaissances sur les cycles et l’anatomie féminine, calcul de la durée de la grossesse, choix offerts quant à la décision, la médication, l’accompagnement, la contraception et la possibilité de voir le «produit de la grossesse extrait»²². Plus qu’un simple échange d’informations, les femmes acquièrent des savoir-faire ; elles complètent elles-mêmes leur dossier médical, identifient elles-mêmes leur état de grossesse par un test urinaire et leur rhésus par un test sanguin réalisé en présence d’une infirmière. Cette transmission de savoirs et savoir-faire contraste

²² Expression employée par les intervenantes lors des deux périodes d’observation en octobre 2010 et mars 2013.

avec les pratiques d'avortement hospitalières dont les enquêtées rendent compte : informations morcelées ou peu compréhensibles, imposition d'un protocole sans choix, passivité contrainte des femmes et isolement. De plus, les travailleuses sociales durant cette réunion collective mobilisent leur propre expérience de femme, mettant en avant leur appartenance au groupe de sexe plutôt que leur statut professionnel : « parce que souvent les filles qui travaillent là-bas, elles ont déjà vécu des avortements, eux-mêmes aussi... T'sais elles disaient : 'Moi, je me suis faite avorter' » (Elisa). L'intervenante agit ainsi dans les échanges comme un maillon d'une chaîne unissant avortantes et professionnelles qui, cet élément est souligné par les enquêtées, sont toutes des femmes²³. Cette non-mixité au sein de l'établissement a pour but de créer un espace sécuritaire et de favoriser la "désexisation" énoncée au sein des 3D.

Du côté de Belle-Naissance, hôpital public, le personnel est mixte. Cela ne semble pas poser de problème particulier aux parturientes, d'autant qu'un cabinet de sages-femmes libérales qui y pratiquent compte deux hommes. Mais cette mixité est associée à un réaménagement :

Ludovic, il fait très peu de services de suites de couches²⁴ la journée... ce n'est pas son truc en plus. Mais il y a eu aussi des femmes qui ne voulaient pas qu'il les examine. Il ne fait presque que de la salle d'accouchement du coup (la cadre du service).

La présence d'hommes sages-femmes (comme de médecins) conduit à une division sexuée des tâches. Ainsi, la salle de travail est un espace accessible aux hommes (professionnels et conjoints), mais la réalisation d'exams gynécologiques *post-partum* est confiée aux professionnelles, tout comme pour l'ensemble des soins au CDSFM.

Dans ces deux lieux, une place importante est attribuée au partage d'expériences entre femmes. La rencontre collective pré-avortement au CDSFM, proche des groupes de conscientisation féministe, leur permet de réaliser que c'est

N'importe qui [qui avorte]. [...] ça peut être des avocates... tu sais c'est toutes les tranches de la société. [...] J'avais l'impression que c'est souvent des jeunes ados qui avaient des accidents [...] j'avais ce préjugé-là (Chloé).

Lors de cette réunion, « On est un couple²⁵ de filles et puis c'est vraiment varié. Tu sais des femmes de la trentaine, des femmes noires, des femmes blanches, des hispanophones » (Joséphine).

De la même manière, une association de parents enquêtée, proche de la maternité Belle Naissance, propose des séances "tente rouge" : réunies en

²³ Bien que des hommes aujourd'hui aient pris place au sein du comité d'administration de l'organisme communautaire, seules des femmes travaillent au CDSFM.

²⁴ Le service dit de suites de couches est le service d'hospitalisation où les femmes restent quelques jours après leur accouchement.

²⁵ Dans le langage oral québécois, le terme "couple" ne signifie pas toujours deux. Il veut aussi dire "quelques".

non-mixité, les femmes y évoquent leur sexualité, le rapport à la médecine et à l'accouchement :

C'est un moment très chouette, et moi il y a quelque chose qui m'a beaucoup manqué, c'est que je pense qu'avant les plus expérimentées transmettaient leur savoir et aujourd'hui ce n'est plus vraiment le cas. D'ailleurs j'ai demandé à celle qui s'en occupe si je ne pouvais pas emmener ma fille aînée [...] elle aussi a demandé à être là. [...] C'est un lieu entre femmes, il n'y a que nous. Ce qui est chouette c'est la confidentialité. On sait qu'on peut tout dire et c'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup d'endroits comme ça (Ludivine).

Contrairement à l'avortement, pour lequel la rencontre est pensée exclusivement entre une professionnelle et des femmes confrontées à un même état de grossesse, le cadre des “tentes rouges” est ouvert à d'autres membres de la classe de sexe. Les enfants – ici la fille de Ludivine – peuvent être partie prenante du processus lié à la grossesse, voire de l'accouchement quand il est réalisé à domicile. L'institution, même alternative, n'autorise pas l'entrée des enfants en salle de travail, mais ils et elles peuvent être présent·e·s dans les services de suites de couches (malgré l'interdit de visite des moins de 15 ans, datant des années 1970). En revanche, les enfants sont totalement exclu·e·s des lieux d'avortement, comme le signale le livret du CDSFM au paragraphe concernant la salle de repos : «Si vous le désirez, une personne qui vous accompagne peut vous rejoindre, mais les enfants ne sont pas admis».

Tandis que la grossesse et l'accouchement se veulent de “beaux et heureux événements” mixtes et familiaux, l'avortement demeure un épisode vécu entre femmes : avortantes et avortées. La place octroyée aux différent·e·s accompagnant·e·s, et notamment aux partenaires, est éloquente sur ce point. Comme au Centre de Santé, les femmes à Belle-Naissance choisissent leur accompagnant·e. Cependant, il n'est pas rare que plusieurs personnes soient présentes à l'accouchement si elles le souhaitent. Les sages-femmes valorisent toujours leurs choix :

Quand la femme le demande on laisse entrer plusieurs personnes dans la salle d'accouchement. Moi ça m'est arrivé qu'il y ait deux ou trois personnes. Bon au-delà, je dis ‘stop, les salles sont trop petites’ [rires] (Laetitia, sage-femme).

Alors que l'accompagnement lors d'un avortement se limite à une personne, il peut être pluriel (bien que dans une certaine limite) lors de l'accouchement. Les hommes, autrefois absents des salles d'accouchements, sont incités à Belle-Naissance à être présents, à jouer un rôle protecteur de la «bulle mère-enfant»²⁶, de défenseur du projet de naissance en cas de réticence des professionnel·le·s à la démedicalisation choisie.

Dans ces deux espaces, on observe des modalités de résistance à l'individualisation et à l'isolement des femmes dans des rapports ex-

²⁶ Expression largement employée dans les cercles associatifs d'usager·e·s pour souligner l'importance de la place du père dans la protection des choix alternatifs demandés par la parturiente.

pert·e·s/profanés. Tandis que l'avortement est ancré dans un espace féminin, de manière cohérente avec les racines du féminisme matérialiste du CDSFM, c'est la famille et, plus exactement, le couple – dans sa représentation différentialiste, c'est-à-dire caractérisé par la complémentarité sexuée de ses membres – qui permet une inscription de l'expérience des femmes au sein de rapports plus égalitaires avec les médecins, sans pour autant qu'elle ne s'accompagne d'une réelle remise en question de la division des tâches procréatives.

Mais l'approche collective non-mixte promue au CDSFM a été fortement remise en cause par la concurrence entre établissements, marquant l'effritement d'une résistance à la professionnalisation basée sur un entre-soi de femmes avortantes, mais aussi une dépolitisation progressive de l'avortement comme base de contestation et d'*empowerment*. Aussi, la non-mixité des médecins avorteuses pourrait être révisée (comme il en a été question il y a quelques années) en l'absence de formation de nouvelles praticiennes.

V. Conclusion : des postures critiques éprouvées

Tout en révélant l'importante médicalisation du corps des femmes dans la plupart des espaces de prise en charge de ces deux épisodes de leur vie que constituent l'accouchement et l'avortement, la mise en perspective de ces terrains originaux révèle que les structures enquêtées – dans leurs évolutions récentes – traitent la procréation différemment selon le moment et le mode (technologie *vs.* techniques du corps) d'intervention sur le corps gestant. Ils reconduisent une vision négative de l'avortement et une vision heureuse, voire enchantée, de l'accouchement. Alors que l'arrêt d'une grossesse (action usuellement estimée “contre-nature”) se voit de plus en plus individualisé et “gommé” en même temps que l'approche féministe-matérialiste québécoise qui voulait le démystifier, l'enfantement dit “naturel”, sans assistance ou interventions jugées inutiles, est magnifié, à la faveur d'un courant différentialiste au sein des classes moyennes et moyennes supérieures en France et des politiques natalistes. Même lorsqu'elles se disent alternatives, les institutions définissent donc une régulation normative des corps des femmes, selon le sort du contenu de leur utérus et la séquence du travail procréatif qu'elles traitent. Un ensemble de comportements à suivre est réaffirmé auprès des femmes, certes selon des modalités douces, empathiques, plus collectives et féminines qu'au sein des établissements traditionnels.

Ces expériences ont beau être ancrées dans des histoires locales et des contextes sociaux distincts, elles reflètent dans une certaine mesure l'état des luttes des femmes pour la reconnaissance d'une alternative à une régulation purement médicale d'événements procréatifs. L'examen des traductions pratiques de leurs revendications, dont celle de “démedicalisation”, montre que les institutions enquêtées se distancient effectivement des normes médicales classiques et déplacent la focale sur le choix et l'expérience vécue des femmes en termes de maîtrise de la douleur, d'accompagne-

ment, d'environnement et, plus largement, d'attention et de vigilance. Pour autant, le contexte actuel est à la minimisation de ces décalages, et ce plus spécifiquement pour l'avortement, ainsi qu'à une déradicalisation de la critique féministe qui les sous-tend. Si en France, toutes les femmes ne souhaitent pas accoucher "le plus naturellement possible", les modalités d'enfantement deviennent plurielles et offrent une place grandissante aux conjoints et, plus largement, à la famille. Par contraste, au Québec, les femmes sont de moins en moins nombreuses à accepter une prise en charge "alternative" et collective lorsqu'il s'agit d'avortement, ce qui ne peut être analysé sans tenir compte de l'affaiblissement général de la réflexion sur l'amélioration des conditions abortives.

L'institutionnalisation de la critique aboutit ainsi à un paradoxe. Elle soutient le maintien et l'extension de la pensée médicale pour l'avortement tout en l'aménageant pour l'accouchement ; pour autant, la possibilité d'un accompagnement moins médicalisé au sein de l'hôpital a renforcé l'illégitimité de l'accouchement à domicile. De plus, ne nous y trompons pas : si des femmes ont gagné une marge de manœuvre avec l'aide des sages-femmes de Belle-Naissance et ont pu modifier les conditions dans lesquelles elles exercent leur travail, les professionnelles de soins autant que les patientes servent en fait pour partie la politique hospitalière. En participant de la construction d'un service "innovant", les femmes travaillent à la rentabilité d'un établissement de santé, car "l'alternatif rapporte" dans le contexte fortement concurrentiel des maternités françaises. C'est en effet tout un marché de la "naturalité" qui est en train d'être construit. *A contrario*, l'avortement se standardise et la critique sociale dont il était le socle se dilue, infiltrée par le "médical".

Face à ce constat se pose la question du lien unissant ces deux séquences de travail procréatif : dans quelle mesure le sur-investissement (symbolique, temporel et physique) exigé des professionnelles comme des femmes et le déploiement de nouvelles normes autour de l'enfantement (plus "naturelles" et "artisanales") participent-ils d'un désengagement collectif de la question du contrôle des naissances ? Cette question confirme l'importance qu'il y a à penser l'ensemble des tâches procréatives dans un cadre commun, pour donner à voir la manière dont elles s'articulent et les processus généraux que leurs évolutions singulières signalent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AKRICH M., PASVEER B.,
1996 *Comment la naissance vient aux femmes : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- BAJOS N. *et al.*,
2004 "Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?", *Population et sociétés*, n°407, pp.1-4.

- BAJOS N., FERRAND M.,
2006 “L’interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative”, *Sociétés contemporaines*, n°61, pp.91-117.
- BAJOS N., FERRAND M. (Dir.),
2002 *De la contraception à l’avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM.
- BOLTANSKI L.,
2004 *La Condition fœtale : une sociologie de l’engendrement et de l’avortement*, Paris, Gallimard.
- CAUCHY C.,
2006 “Avortement – Québec a violé sa propre loi. La cour condamne le gouvernement à verser plus de 13 millions aux femmes qui ont eu recours au privé”, *Le Devoir*, 19 août.
- CDSFM,
2017 “Notre Histoire”, <http://www.csfmontreal.qc.ca/wp/notre-histoire/>, consulté le 2 octobre 2017.
- CDSFM, PROVOST L., RIVET S.,
2000 *L’Avortement. L’intervention médicale, philosophie et pratique du Centre de Santé des femmes de Montréal*, Montréal, CSF.
- CLARKE A. *et al.*,
2000 “Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux”, *Sciences sociales et santé*, Vol.18, n°2, pp.11-42.
- CLARKE A., MAMO L., FOSKET J. R., *et al.*,
2010 *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.*, Duke University Press.
- CONTE A., GALLEPIE Y., MOREL L.,
2015 “Avorter en prime-time”, *L’Homme et la société*, Vol.198, n°4, pp.195-211.
- CSF, DI DOMENICO M.,
2008 “L’avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008”, Étude du CSF, Septembre.
- DESMARAIS L.,
1999 *Mémoires d’une bataille inachevée. La lutte pour l’avortement au Québec, 1970-1992*, Montréal, Trait d’Union.
2016 *La bataille de l’avortement. Chronique québécoise*, Montréal, Éd. du remue-ménage.
- DORLIN E.,
2009 *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte.
- FELLOUS M.,
1988 “La révolution échographique”, *Sociologie du travail*, Vol.30, n°2, pp.311-321.
- KNIBIEHLER Y.,
2007 *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du 20^{ème} siècle*, Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique.
- LAMBERT S.,
2012 *L’Injonction au drame, représentations et expériences vécues de l’interruption volontaire de grossesse*, mémoire pour le master 2 de sociologie, Université de Poitiers.

- LEE E.,
2003 *Abortion, Motherhood, and Mental Health : Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, Aldine Transaction.
- LE MASSON Y.,
1980 *Regarde, elle a les yeux grand ouverts*, MLAC d'Aix, La Commune & les Cochonniers.
- MATHIEU M.,
2016 *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec*, thèse pour le doctorat en sociologie, Paris VIII-UQAM.
- MATHIEU M., RUAULT L.,
2015 "Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance", *Politix*, Vol.27, n°107, pp.33-59.
- MAUSS M.,
1935 "Les techniques du corps", *Journal de Psychologie*, Vol.XXXII, n°3-4, pp.271-293.
- MICHAUD J.,
1997 "Le mouvement des centres de santé : grandeur et misère de la participation et stratégies politiques de transformation du discours de l'État", *Nouvelles pratiques sociales*, Vol.10, n°1, pp.97-110.
- NAIDITCH M., BREMOND M.,
1998 "Réseaux et filières en périnatalogie, définitions, typologie et enjeux", *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, Vol.27, n°2, pp.52-61.
- OAKLEY A.,
1980 *Women Confined : Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson.
- PHETERSON G.,
2003 "Grossesse et prostitution. Les femmes sous la tutelle de l'État", *Raisons politiques*, Vol.3, n°11, pp.97-116.
- RUAULT L.,
2011 *À la santé de ces dames ! Penser politiquement un suivi médical : gynécologie et contrôle des corps de femmes*, mémoire de sociologie politique, Université Lille 2.
- SAILLANT F., O'NEILL M.,
1997 *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels sur la grossesse et l'accouchement au Québec*, Montréal, St-Martin.

Résumé structuré :

Présentation : L'avortement et l'accouchement sont deux issues possibles d'une grossesse entamée. Ces deux épisodes de la trajectoire génésique des femmes sont pensés comme antagonistes : tandis que l'enfantement est assimilé à un "heureux événement", l'avortement est socialement construit comme un geste grave, voire comme un drame. Cette dichotomie pourrait pour partie expliquer la dissociation de ces deux objets dans les enquêtes sociologiques. Pourtant, l'analyse articulée de ces deux séquences du travail procréatif des femmes est particulièrement heuristique. À partir d'entretiens menés

avec des femmes ayant accouché en France ou ayant avorté au Québec au sein d'institutions valorisant une prise en charge "alternative" ainsi que d'observations dans ces structures, cet article révèle les continuités et les discordances dans la définition et la mise en pratique de l'"alternativité", notamment de la démedicalisation appliquée à l'arrêt de grossesse et l'accouchement. Ce faisant, il éclaire le traitement ordinaire des parturientes et des avortantes dans les sociétés française et québécoise. En outre, la mise en perspective des pratiques observées dans deux espaces contestataires de l'encadrement thérapeutique des femmes enceintes – des avortantes au Centre de Santé de Montréal (CDSFM) et des parturientes dans une maternité française dite Belle-Naissance – donne à voir la manière dont elles participent de manière originale à la reconduction de l'opposition traditionnelle de ces deux actes.

Théorie : L'analyse conjointe de la prise en charge des avortements et des accouchements est pour partie guidée par les principes théorisés par l'un des lieux enquêtés, le CDSFM : Déprofessionnalisation, Démedicalisation, Désexisation. Elle est enrichie des travaux sur les représentations de l'avortement et de ceux exposant les mutations dans l'encadrement des accouchements. Plus largement, elle s'inscrit dans la lignée des analyses d'E. Dorlin et d'A. Clarke sur la pathologisation et la médicalisation des corps des femmes.

Méthodologie : Cet article est issu de la combinaison de données récoltées dans le cadre de deux enquêtes doctorales : l'une analysant la construction sociale des expériences contemporaines d'avortement en France et au Québec, l'autre portant sur les parcours d'accouchement dans les hôpitaux publics français. Plus précisément, il s'appuie sur la réunion d'entretiens semi-directifs menés auprès de femmes ayant avorté au CDSFM (N=10) et d'observations menées au sein de cet établissement (en octobre 2010 et en mars 2013), auxquels s'ajoutent des entrevues réalisées avec des professionnel·le·s de santé d'une maternité publique française de type I (N=16) et des observations faites dans ses salles d'accouchement (de septembre 2011 à mars 2012).

Résultats : Dans un premier temps, l'article montre la manière dont se mettent en place et se consolident des pratiques alternatives d'avortement au CDSFM et d'accouchements à la maternité française Belle-Naissance. Puis il expose les convergences et contrastes que révèle la mise en perspective de la prise en charge des avortantes et des parturientes. L'analyse des pratiques et de leurs évolutions dans ces deux espaces, porteurs d'une même critique quant au traitement classique des femmes enceintes, dévoile des représentations contrastées de l'avortement et de l'enfantement. Tandis que la grossesse et l'accouchement tendent à se démedicaliser (au moins dans les revendications), à s'exposer et à être réinscrits dans un collectif familial et mixte, la démedicalisation de l'avortement s'effrite et son expérience, bien souvent isolée, se voit de plus en plus renvoyée dans l'oubli. Ainsi, malgré leurs postures critiques, les professionnel·le·s travaillant dans les établissements enquêtés, participent à la pérennisation de l'opposition initialement identifiée entre avortement et accouchement.

Discussion : En conclusion, ce travail questionne les effets différenciés de l'institutionnalisation sur les pratiques alternatives d'avortement et d'accouchement, notamment au regard des enjeux économiques liés à ces différents types d'activités. Mais, surtout, il questionne le lien unissant les deux séquences de travail procréatif étudiées et souligne l'importance qu'il y a à penser avortement et accouchement au sein d'un cadre d'analyse commun.