



HAL
open science

Faire de l'avortement “ un acte médical comme un autre ” : les enjeux croisés de spécialisation et de genre dans la lutte pour l'avortement libre

Lucile Ruault

► To cite this version:

Lucile Ruault. Faire de l'avortement “ un acte médical comme un autre ” : les enjeux croisés de spécialisation et de genre dans la lutte pour l'avortement libre. THÉRÈSE COURAU; JULIE JARTY; NATHALIE LAPEYRE. Le genre des sciences. Approches épistémologiques et pluridisciplinaires, Le Bord de l'Eau, 2022, Documents. hal-03884016

HAL Id: hal-03884016

<https://hal.science/hal-03884016>

Submitted on 4 Dec 2022

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.

Faire de l'avortement « un acte médical comme un autre » : les enjeux croisés de spécialisation et de genre dans la lutte pour l'avortement libre

Jusqu'à présent, les travaux sur la médicalisation de l'avortement dans les années 1970 se sont penchés sur le niveau macro des mutations socio-culturelles ou méso des institutions [Garcia, 2005 ; Gaudillière, 2006 ; Pavard, 2012]. Elle apparaît alors comme la réponse donnée par des groupes progressistes à une demande sociale [Aiach, 1998], *contre* le corps médical conservateur qui récusait l'inclusion de cet acte parmi ses prérogatives. Ces échelles d'analyse négligent une controverse sur la définition même de l'avortement comme acte médical qui a traversé le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC), oubliant qu'elle a aussi opéré *contre* des profanes.

Hormis du point de vue du processus législatif [Horellou-Lafarge, 1982 ; Bajos et Ferrand, 2011], le passage de l'avortement clandestin à l'IVG hospitalière est un objet sous-étudié. À la suite de travaux questionnant la « naturalisation » des problèmes de santé publique [Berlivet, 2004 ; Gilbert et Henry, 2009], j'ai appréhendé ce cadrage de l'avortement comme enjeu de pouvoir. Si des formulations concurrentes sont restées marginales au sein du mouvement social ou si certaines appropriations féministes ne faisaient pas le poids face à la force du cadrage médical, les étudier est indispensable pour prétendre à une approche genrée de l'action publique.

Dès 1970, le Mouvement de libération des femmes (MLF) revendique le droit à l'avortement pour toutes, sans restriction. Mais, très vite, la propriété du problème lui échappe : dans le cadre juridique final, la visée de liberté des femmes cède le pas à un souci de santé. Il faut donc se demander si et comment les référentiels sanitaire et féministe se sont affrontés. Quels sont les déterminants de l'éviction des valeurs associées aux mouvements féministes [Engeli, 2009] dans ces opérations de cadrage ayant abouti au dispositif d'IVG ? Une lecture du problème en termes d'émancipation des femmes a bien été portée par l'ensemble des fractions militantes. Pour autant, *in fine*, relève Sandrine Garcia, « ce n'est (...) pas une moindre contradiction que la position des tenants de la "démédicalisation" de la santé conduise les femmes à dépendre du corps médical, ce que refusaient les militantes du MLF ». De fait, le filtrage des revendications féministes précède l'inscription de l'avortement à l'ordre du jour des pouvoirs publics ; leur marginalisation s'est jouée dès la définition du problème, qui relève des rapports de force entre groupes mobilisés.

Pour le montrer, ce chapitre explore la production, dans le temps de la lutte, d'une définition médico-centrée de la prise en charge sécuritaire de l'acte, au détriment d'une véritable considération de la volonté d'autonomie des femmes. Cette démarche renseigne ainsi sur les sources de la complexité des parcours d'IVG et des principes organisateurs des dispositifs aujourd'hui à l'œuvre en France [Mathieu et Ruault, 2014].

C'est en se portant au plus près des interactions et pratiques que mon enquête a pu faire surgir les discordes entre expert·es et profanes sur les façons d'envisager l'acte. Autrement dit, l'analyse au niveau micro de l'action collective et des rapports de pouvoir internes renouvelle la lecture de la problématisation de l'avortement, dans ce moment de recomposition de l'action publique.

Ce qu'on appelle le MLAC représente 250 à 300 permanences, implantées dans les grandes et moyennes villes de la France métropolitaine, qui attirent en 1973-74 des membres de réseaux d'extrême gauche, féministes et syndicalistes, mais aussi des primo-militantes. En examinant à la fois les segments profanes (dont les « MLAC dissidents », à Aix-en-Provence, Lille, Lyon et Paris) et les scènes centrales de la mobilisation, soit des groupes à majorité médicale (à Paris, Lyon et Marseille), ma thèse entendait tenir ensemble l'étude des

conditions concrètes de médicalisation et celles d’appropriation féministe des soins. Le croisement des méthodes a été au principe de cette ethnographie historique : j’ai mené des entretiens avec plus de cent-vingt ex-militant·es, majoritairement recruté·es de proche en proche, en veillant à faire varier les âges, les positions sociales, les parcours militants ainsi que les degrés et périodes d’engagement afin de bien saisir les contours de chaque collectif. L’analyse des entretiens a été combinée à l’usage d’une vingtaine de fonds d’archives ; au-delà des archives déposées de certains MLAC (Bibliothèque de documentation internationale contemporaine ; archives du féminisme ; archives de la CFDT ; BnF), j’ai majoritairement utilisé des fonds privés, parfois centralisés et particulièrement abondants comme à Aix, parfois partiels et éparpillés chez les enquêté·es comme à Lille ou pour ce qui concernait le GIS parisien.

Ce chapitre s’appuie sur une partie de ce matériau empirique pour appréhender la stabilisation de l’avortement comme catégorie médicale ainsi que les logiques de genre qui structurent ce processus au sein des mobilisations. La première partie questionne la clôture de l’accès aux savoirs spécialisés par un groupe professionnel ainsi que les clivages qu’elle a suscités, tandis que la seconde se focalise sur les dynamiques d’exclusion de lectures féministes de l’avortement.

I - L’avortement militant, terrain parallèle de pratique médicale

Le MLF est le détonateur de la lutte pour le droit à l’avortement sans condition. Mais le foyer du mouvement pour sa prise en main pratique est le Groupe Information Santé (GIS), fer de lance dans le contexte post-68 du courant de médecine critique, mobilisé jusqu’alors sur des luttes ouvrières [Pitti, 2010]. À partir de février 1973, avec la publication du manifeste des 331 médecins déclarant pratiquer des avortements, le GIS met en scène une technique, l’aspiration, qu’il popularise sous le nom de « méthode Karman » [Ruault, 2017]. L’insistance sur l’innocuité et la nouveauté de la technique suscite le passage à l’acte de réseaux militants à travers le territoire, dont des profanes. Les médecins critiques occupent ainsi le devant de la scène dans le lancement d’un mouvement social d’ampleur, le MLAC.

« Démédicalisation » et division sexuée du travail

Pour les médecins critiques, la pratique abortive militante bouscule la morale de leur profession et décroïsonne les rôles avec les « usagers de la santé ». D’où la promotion de la « démédicalisation », une notion aux contours flous qui n’est pas sans générer des tensions avec leur habitus professionnel. En effet, là où le souci de « démystifier » supposerait de limiter la sophistication de la procédure, les médecins des réseaux MLAC enquêtés à Paris, Marseille et Lyon pratiquent dans ce que l’un d’eux appelle désormais des « centres d’IVG »¹, soit des appartements aménagés où prévaut une division des espaces dotés de médicaments et outils du bloc chirurgical, où la pièce d’avortement est « médicalisée comme dans n’importe quel cabinet de gynéco obstétrique »². Leur quête de sécurité crée les conditions d’une professionnalisation.

Dans ce cadre, la « démédicalisation » à laquelle prétendent les équipes réside dans la qualité de l’environnement : l’aménagement de lieux accueillants (salle de détente, références à l’espace domestique à travers coussins et couvertures, café, musique), le port de vêtements

¹ Entretien avec Daniel (médecin et chercheur, GIS, MLAC, MFPPF), avril 2013.

² Entretien avec Jacques (médecin et chercheur, MLAC Paris), juin 2014.

civils par les avortantes comme les médecins, ou encore l'accent mis sur l'information par le choix d'un vocabulaire adapté et la familiarisation avec les instruments. Mais, au fond, le dispositif « démedicalisant » se fonde d'abord sur des militantes non médecins.

« Le MLAC avait été constitué (...) du Planning [familial], qui fournissait celles qui tenaient la main, si j'ose dire ! Et le GIS fournissait les médecins (*rire*). »³

La vision que Clémence, en tant que médecin, retient du MLAC est symptomatique de la spécialisation genrée des rôles dans ces espaces militants. Dès les prémices du mouvement, un peu partout des femmes extérieures au milieu médical – et en réalité bien peu du Mouvement français pour le Planning familial, à l'échelle du territoire – s'engagent aux côtés de médecins et étudiant-es en médecine, *via* le système des « intermédiaires » [Pavard, 2009 ; Godard et Porée, 2014 ; Jacquemart, 2015]. À la différence de groupes à dominante profane défendant dès 1973 une conception collective des avortements, ceux à dominante médicale privilégient une pratique en binôme : tandis qu'un·e *opérateur/rice* tient les outils, une « intermédiaire » se charge du soutien psychologique, parlant, rassurant, caressant et fixant les femmes tout au long de l'acte. Autrement dit, l'essentiel des démarches visant à diminuer le pouvoir expert sur la personne opérée n'est pas le fait de médecins. Le rôle qui incombe aux intermédiaires pour gommer l'asymétrie propre aux interactions médicales duale est capital pour faire advenir une *autre* médecine, attentive aux souhaits des patient-es.

Comme leur nom l'indique, ce sont des médiatrices de confiance dans la rencontre médicale. Par exemple, au sein du « groupe Centre » parisien, l'intermédiaire établit la relation personnalisée avec chaque avortante. Elle la rencontre, souvent dans un café, afin d'échanger sur les circonstances de la grossesse non voulue, le déroulement de l'avortement et la contraception ultérieure. Puis elle lui explique en détail les gestes du/de la praticien-ne, pour « dédramatiser (...) la perspective de l'intervention » [CLAC, 1973, p. 29]. Durant l'acte, l'intermédiaire dispense des soins matériels et un soutien moral. Le système de genre apparaît surdéterminant dans la répartition du travail ; parmi les activités non abortives, quand trois praticiennes se rappellent avoir elles aussi rencontré des avortantes au café, les praticiens exposent avant tout des activités de représentation (manifestes, meetings, etc.).

Outre ce travail relationnel, les intermédiaires accomplissent une grande part des responsabilités logistiques : elles accueillent et orientent les demandes depuis les permanences hebdomadaires, nettoient et rangent après les avortements, organisent et accompagnent les femmes qui partent en car avorter à l'étranger, ou encore gèrent les rentrées d'argent pour celles ne pouvant avorter sur place. En plus de ces tâches, elles aident les femmes à garder le secret vis-à-vis de parents ou d'un mari.

L'intermédiaire se trouve, bien plus qu'un·e médecin, *engagée* dans la relation avec l'avortante : par le suivi continu, jusqu'à l'après-avortement ; par la relation verbale, jusque dans les aspects intimes de sa vie ; par un intense travail affectif au cours même de l'acte. Régine en témoigne :

« Selon moi, on avait une telle conviction – que ça ne ferait pas mal, qu'il fallait être détendue, respirer, que c'était pas dangereux – qu'il est arrivé que... qu'on arrive à hypnotiser les femmes. (...) tant que j'y ai cru, que ce que je disais sortait

³

Entretien avec Clémence (généraliste, GIS, groupe Centre et MLAC-Paris 6^e), juillet 2014.

de mes tripes, je le faisais certainement bien. (...) Il fallait cette espèce de foi dans... »⁴

Jacques considère que c'est grâce à ce « conditionnement psychologique » que « personne n'a eu mal » durant ses interventions. Le degré de douleur et le vécu des avortantes reposent largement sur les dispositions interactionnelles et l'implication émotionnelle de femmes. En évoquant le cas de « copines qui somatisent » à travers des problèmes gynécologiques, Agnès met aussi l'accent sur les coûts physiques des missions de l'intermédiaire : « toute notre vie y passait ». Du fait du caractère chronophage, fractionné et itératif de ces tâches, elles « [sont] usées »⁵ au bout de quelques mois.

Le genre des tâches, ou la marginalisation du pan relationnel

Des intermédiaires décèlent que la spécialisation dans les MLAC à majorité médicale est bien une hiérarchie : elles sont cantonnées à un rôle d'animatrice (aux permanences) et au travail de la parole, quand les hommes se réservent les rôles les plus respectables. Cette différenciation est indissociable du système de valeurs de la profession médicale, où l'action tangible est réputée noble – ici l'aspiration abortive – tandis que les tâches qui l'entourent sont tenues pour secondaires [Hughes, 1951]. L'attribution aux femmes de la part compassionnelle des protocoles, ancienne dans le champ médical, se double ici du sexisme qui imprègne la sphère militante.

Bientôt, certaines intermédiaires tentent de modifier les rapports de force, soit en renversant les valeurs attachées à leurs tâches, soit en remettant en cause la logique ségrégative. Leur insatisfaction est alimentée par les critiques féministes externes sur la segmentation genrée des domaines de compétences. D'après le MLF tendance lutte des classes, « dans les groupes de pratique les femmes ont retrouvé leur rôle traditionnel d'infirmière, d'assistante sociale, de confidente »⁶.

Les *intermédiaires* ne parviendront pas à revenir sur le nom de leur fonction, qui suggère d'emblée un statut subalterne, comme le soutient Agnès : « On aurait dû le changer dès le début. (...) C'était affreux de nous appeler comme ça tout de même ! C'était malgré nous nous reléguer... ». En outre, ces intermédiaires se savent peu considérées pour des qualités relationnelles supposées innées chez les femmes ; aussi indispensables soient-elles au fonctionnement des équipes, elles sentent n'être *a priori* créditées d'aucune expertise.

La faible valeur reconnue à leur travail transparait dans l'occultation publique de leurs activités. Ainsi, un tract de la permanence du Jardin des plantes affirme que « seuls certains cas extrêmes peuvent être traités à Paris grâce à l'action de quelques médecins militants »⁷. Comme après 1975 dans les centres d'IVG, les médecins « sont les seuls acteurs réels, ceux qui *pratiquent* l'avortement, qui agissent sur les corps. Les autres personnages apparaissent comme inutiles, ou du moins non primordiaux » [Houel et Lhomond, 1982, p. 495].

Des militantes du MLAC-Paris 18^e, parallèlement intermédiaires dans le groupe-Centre, racontent à l'automne 1973 y avoir ressenti « une impression de malaise » face à

⁴ Entretien avec Régine (GIS, MLAC groupe permanence Paris), février 2013.

⁵ Entretien avec Agnès (groupe de conscience MLF, MLAC groupe-Centre), avril 2016.

⁶ « Les groupes MLF de quartiers travaillent dans le MLAC. Pourquoi ? ». Non daté. BDIC, F Delta Res 532/15.

⁷ Document du MLAC, indiquant l'adresse du siège central. Archives CFDT, 8H125. Je souligne.

« des rapports hiérarchisés »⁸ et rompent avec le GIS. D'autres reprochent aux médecins leur extériorité volontaire aux échanges avec les femmes :

« La pratique passée s'est caractérisée par (...) un refus de la part des médecins de s'impliquer personnellement dans les discussions concernant la contraception et la sexualité : on ne peut favoriser l'expression des motivations et des contradictions personnelles des gens qui viendront dans ces centres que si nous avons le désir et (...) sommes capables de le faire nous-mêmes »⁹

Les intermédiaires observent que, en comparaison de l'intrication entre leurs affects et leur activité militante, les médecins, en particulier hommes, s'abstraient de la réflexion sur la régulation de la fécondité. Anne-Marie Arborio [2001] a bien montré les faibles compétences conversationnelles des médecins à l'hôpital, qui laissent le « sale boulot » aux aides-soignantes. Du reste, la déconnexion entre les expériences sociales des parties en présence est l'un des fondements épistémologiques de la relation thérapeutique. Le texte envisage ici de les réformer par la présence des « opérateurs » au deuxième entretien avec l'avortante.

La place réservée aux non médecins dans la pratique révèle toute l'ambiguïté de la « démedicalisation ». Si les discours du GIS sont confus quant à leur possibilité de prise en main technique, sur le terrain la majorité des médecins critiques refusent de former des profanes à un geste pourtant hérité de réseaux militants internationaux qui promeuvent précisément la pratique par des non médecins.

L'expérience d'Agnès à partir de l'automne 1972 illustre une rare tentative de décloisonnement de la pratique médicale dans le groupe Centre parisien. Cette féministe d'alors 29 ans, se destinant à être psychologue, est séduite dans le GIS par « toute une mouvance pour la délégation des soins aux non médecins ». Elle fait équipe avec un médecin généraliste qu'elle apprécie, Rosalie. Après quelques semaines à l'observer « faire mal aux femmes » en pratiquant « un peu comme une mousquetaire », Agnès veut acquérir le geste « pour faire autrement ». Rosalie accède à sa demande et, quand Agnès intervient, « prend sans problème la place d'intermédiaire ». La transmission de savoirs s'accompagne d'une interchangeabilité des rôles. Mais ce choix ne fait pas d'émules et les met en décalage avec le reste du groupe.

Avec d'autres intermédiaires, Agnès engage alors une « critique interne » qui culmine en mai/juin 1973 lors d'une réunion qui aurait attiré trente à quarante personnes, c'est-à-dire le groupe élargi à « des avocates, des organisatrices de voyages, des femmes ayant avorté, des hommes sympathisants et actifs »¹⁰. Leur texte incisif s'appuie sur le principe de « démedicalisation » qu'elles définissent comme la « démystification du pouvoir médical qui doit s'opérer à tous les niveaux : dans les relations entre médecin et intermédiaire, médecin et usager, médecin et population environnante »¹¹. L'inscription de la prise en main de l'avortement dans des aspirations féministes – il est fait référence à la critique « des rapports hommes-femmes », à la « lutte » et l'« oppression des femmes » – détonne dans cet espace militant. Mais cette fronde fait long feu, si bien que la désillusion d'Agnès précipite son désengagement. La spécialisation condamne selon elle « tout ce qui marquait l'originalité du

⁸ « Groupe du 18^e », *Avortement et vie quotidienne*, n°2, décembre 1973.

⁹ « Projet des principes de fonctionnement des centres ». Non daté (prob. printemps 1973), non signé. CFDT, 8H625.

¹⁰ Courriel d'Agnès, avril 2016.

¹¹ Cf. note 9.

mouvement, l'idée de démystifier la médecine, de redonner la santé et ses clés entre les mains des gens, etc., ça a tourné en eau de boudin ».

Ces espaces de mixité militante incarnent ainsi un terrain parallèle de pratique professionnelle, où l'avortement se recompose selon des lignes médicales et genrées. D'un côté, en s'exemptant du travail émotionnel, les médecins engagé-es sont fidèles aux schèmes d'action incorporés dans leur socialisation professionnelle. D'un autre côté, la division sexuée du travail militant consacre la césure entre technique et soin. Au total, elle préfigure la prise en charge des IVG : aux infirmières et conseillères conjugales le pan relationnel et les tâches subalternes, aux médecins le travail dit chirurgical.

II – L'éviction de points de vue féministes

L'acquisition de la méthode abortive devient un enjeu de lutte au sein du MLAC : de fortes divergences s'expriment dans les meetings et les publications militantes, tandis que des groupes locaux se livrent bataille. Des non médecins accusent des médecins de confisquer les savoirs et de dévoyer les objectifs de « démedicalisation », quand ces derniers taxent leur pratique d'irresponsable. En réponse à ce déni de compétence, des collectifs à majorité profane affirment que la dimension collective de leur propre pratique garantit la sécurité et façonne l'acte autour du confort des femmes.

Ces critiques touchent en réalité assez peu les médecins engagé-es, dont les préoccupations se situent ailleurs : la mise au point des cadres de l'avortement. En 1973-74, à partir de leur pratique illégale en cabinet et « centre sauvage », un certain nombre se donne la responsabilité de définir un « protocole opératoire »¹² pour l'usage hospitalier de l'aspiration. Au-delà de « la preuve par l'exemple » que mène le MLAC depuis plusieurs mois, une « propagande par les preuves » [Gelly et Pavard, 2016] vise à faire entendre auprès des pair-es et des pouvoirs publics qu'elle relève de la nomenclature médicale. Testant la méthode et rassemblant leurs observations et statistiques, ces médecins produisent des études, où la requalification des gestes abortifs se traduit par :

- La *définition d'un parcours* : la femme n'avorte pas lors de la première rencontre. Cela exclut d'autres options : ainsi, un médecin généraliste pratiquant en cabinet de province remarque que l'intervention « sur-le-champ » est « moins anxiogène pour la femme » que lors de « rendez-vous ultérieurs »¹³. Dans la procédure qu'il formalise, le GIS prévoit plusieurs entretiens et examens – cliniques et de laboratoire – avant comme après l'acte.

- Le *cantonement de l'avortement à des lieux et catégories d'acteurs/rices* : abandonnant l'option ambulatoire présentée par le manifeste de février 1973¹⁴, les études suivantes se centrent sur la pratique dans des lieux fixes¹⁵. De même, conformément à l'attitude majoritaire des médecins dans la lutte, la pratique par des individus externes au milieu médical n'est pas envisagée.

¹² « Premier bilan des réunions techniques faites par les équipes du GIS », 1973. Archives d'un membre du GIS.

¹³ « Réflexions et questions posées après 100 avortements », novembre 1973. Archives d'un membre du GIS.

¹⁴ « À propos de 177 avortements par aspiration pratiqués en France selon la méthode de Karman ». Dossier médical présenté en conférence de presse, 10 février 1973. CFDT, 8H625.

¹⁵ Un groupe de médecins du GIS et du MFPE, « Les interruptions précoces de grossesse par la méthode Karman. L'expérience française », Actes du colloque de la société de fertilité et de stérilité (juin 1974). Archives d'un membre du GIS.

- *Le recentrage sur la pratique technico-sanitaire*, au nom de la sécurité. L'épisode abortif devient aussi un moment de prévention des troubles gynécologiques (dépistage des cancers, frottis, vaccination anti-rhésus, etc.).

En somme, d'un discours sur l'innocuité et la faible technicité de la méthode par aspiration, les publications passent à un contrôle médical accru sur les corps. Elles escamotent les tensions et questionnements que les médecins ont pu expérimenter dans la pratique militante. Et la convivialité des espaces, dans l'idée de servir les intérêts des femmes, n'est pas retenue. Ces savoirs se construisent sur des renoncements successifs aux références non médicales dans la prise en charge de l'avortement.

Surtout, les grandes absentes de cette production scientifique sont les « intermédiaires ». Certaines études appelleraient pourtant à définir leur travail, comme lorsqu'elles concluent « préfér[er] à l'anesthésie locale » l'« anesthésie verbale »¹⁶. Par qui et comment apaiser les femmes au cours de l'acte ? L'éclipse faite sur le travail relationnel et de soins dévoile le système de valeurs et la priorité des médecins critiques : faire de l'avortement un acte médical.

De même, il n'est guère question de ce que les avortantes peuvent *faire*. Les argumentaires s'étendent peu sur les aspects techniques qui s'éloignent des usages habituels en médecine. Certes, l'information de l'avortante sur le déroulement de l'aspiration – par l'annonce des phases et l'usage du miroir placé face au spéculum – est parfois citée. Toutefois, la conception inclusive de la pratique – notamment les préconisations anglophones¹⁷ – n'est que très partiellement reprise.

Dans cette lignée, diverses pratiques qu'ont mises au point des MLAC à majorité profane pour favoriser la participation directe des femmes à leur avortement sont totalement ignorées. Ces espaces de production de savoirs à part entière ont pourtant abouti à des gestes inédits en vue d'étendre l'autonomie des femmes sur leur corps – s'approchant par exemple, pour certaines usagères, de l'auto-avortement –, qui sont connus des médecins. Mais, lors d'une « réunion-bilan sur l'avortement » que coordonne un médecin du GIS en janvier 1974 à Paris, le « caractère collectif de l'avortement » ainsi que l'existence de « différents types de pratique »¹⁸ ont, du point de vue de non médecins, été largement délaissées. Dès lors, l'idéal de co-construction des savoirs par médecins et profanes (y compris avortantes) disparaît de la littérature scientifique.

L'organisation du travail militant des médecins critiques tisse de fait le canevas du déroulement futur de l'acte abortif dans le cadre hospitalier. Il y subit néanmoins rapidement des transformations, dans le sens d'une complexification des parcours d'IVG. Dès 1975, des chefs de service réfractaires alourdissent intentionnellement le bilan préopératoire en rendant obligatoire l'anesthésie générale, voire une « radio des poumons » comme au CHR de Lille¹⁹. Le recours systématique à l'échographie est parfois imposé par les services de gynécologie reprenant en main des services d'IVG ouverts par leurs collègues militant-es. De plus, les routines hospitalières et les mutations techniques modifient assez tôt les habitudes de travail prises dans la sphère militante. Vincent se rappelle avoir vécu « l'arrivée de l'échographie

¹⁶ *Ibid.*, p. 150. L'« anesthésie verbale », chère aux équipes anglophones, désigne les conditions générales dans lesquelles les femmes avortent (climat de bienveillance, échange d'informations, etc.).

¹⁷ Cf. par exemple Karman H, 1972, «The Paramedic Abortionist», *Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*, 15/2.

¹⁸ « Bilan technique d'un an de pratique... », *Avortement et vie quotidienne*, n°7, janvier 1974.

¹⁹ « Analyse de la loi Veil. La situation actuelle ». Non daté, prob. fin 1977. Archives de l'association Du côté des femmes. Cf. aussi « L'Alibi », *Le Clampin libéré*, n°13, octobre-novembre 1975.

(...) comme agressif vis-à-vis des femmes, en leur visualisant l'embryon dont elles allaient se débarrasser »²⁰. Elle lui semble contredire le principe de dédramatisation de l'acte promu dans les MLAC. Enfin, ce regard technicisé réduit la latitude décisionnelle des médecins quant à la datation de grossesse, ce qui pèse en fin de compte sur l'accès de femmes à l'IVG.

Ces complexifications n'ont de sens que dans le système technico-médical [Carricaburu, 2005] et économique – elles augmentent la rentabilité de l'IVG –, contribuant ainsi à normaliser la fonction d'avorteur/se.

« Il y avait un anesthésiste à portée de main. Après ils ont commencé à demander des bilans, ce qui est normal aussi : prises de sang, etc. Bon on est passé...

Ça, c'est venu rapidement ?

Rapidement. Puisqu'on était dans l'hôpital. Mais là-dessus, si vous voulez, on était d'accord. On s'est dit "pourquoi ne pas faire profiter, entre guillemets, nos patientes de la technologie moderne ?". »²¹

Comme d'autres médecins critiques pris-es dans cet univers de sens, Gérard s'est habitué à l'alourdissement du parcours d'IVG, estimé bénéfique pour la santé des femmes. La déperdition des pratiques expérimentées dans la sphère militante se poursuit, comme l'illustre le recours au miroir. S'il est utilisé dans quelques centres autonomes d'IVG sous leur responsabilité, il est bientôt abandonné : « le miroir on l'a fait un temps. Mais ça s'est vraiment rapidement arrêté. (...) Ils ont beaucoup de mal avec cette idée, de laisser leur pouvoir un peu de côté, même les médecins militants »²². Quant à Marthe, elle va jusqu'à s'avouer la faiblesse de leur projet de rénovation critique :

« Après, tout cela s'est complètement estompé... On croyait modifier complètement la médecine. Mais en fait il n'en est rien ! On a fait une médecine classique, on est rentrés dans les cadres. C'était décevant pour beaucoup de femmes qui avaient espéré ça. »²³

Alors que la collaboration inédite avec les profanes a généré de nouvelles façons d'incarner leur métier, dans l'hôpital comme en cabinet libéral, la quête de « démédecinalisation » décline. En cause : les routines cliniques, l'extension du paradigme sécuritaire, mais aussi le vieillissement social des professionnel·les allant avec un « ajustement des aspirations et de la réalité » [Willemez, 2004, p. 75].

Enfin, l'alourdissement des démarches au lendemain du vote de la loi Veil peut résulter de fractions militantes. C'est le cas des équipes de « gynécologie sociale » à Marseille, spécialité empiriquement formée autour de l'activité du centre d'IVG qui est exemplaire du processus de normalisation médicale. Par leur appel à incorporer une approche psychologique, leur définition de l'IVG comme « demande ponctuelle qui exige une réponse étalée dans le temps » et leur insistance sur la « prévention de l'avortement »²⁴, ces ex-militant-es MLAC rejoignent des objectifs de santé publique. En ce sens, le parcours d'IVG familiarise les femmes au suivi gynécologique, atteignant celles n'y étant pas encore

20 Entretien avec Vincent (généraliste, CLAC Grenoble), juin 2013

21 Entretien avec Gérard (gynécologue-obstétricien, MLAC Marseille), octobre 2014.

22 Entretien avec Catherine (cercle Dimitriev, conseillère conjugale et familiale Paris), mai 2014.

23 Entretien avec Marthe (gynécologue médicale, MFPF, GIS et MLAC), avril 2016.

24 Duprez Denis, Benmoura Dominique et Sperandeo Dominique, 1982, « Organisation d'un centre de gynécologie sociale », *Génitif*, Vol. 4, n°10-11.

socialisées. Les équipes marseillaises expliquent que la population qu'elles touchent en matière d'orthogénie rend pertinent d'appliquer une palette d'activités :

« Faire un avortement, et nous l'avons défini par écrit auprès de l'administration hospitalière, c'est aussi prendre en charge un certain nombre d'activités. Ces dernières découlent de l'examen de la population de "première main" que nous traitons et de l'analyse des causes de l'avortement. (...) Sur le plan médical : dépistage des cancers génitaux. Frottis systématiques de dépistage. Apprentissage de l'auto-palpation des seins. »²⁵

Les opérations préventives listées tracent un continuum sanitaire destiné aux avortantes. S'applique ici parfaitement l'observation de Michèle Ferrand [1988, p. 379] sur les praticien·nes de l'IVG qui, cherchant

« à retrouver la dimension thérapeutique dans laquelle ils se sentent plus à l'aise, opèrent un déplacement de leur pratique en insistant sur le caractère "bénéfique" de leur intervention (...). Ils tentent, en quelque sorte, de recréer, au prix d'un déplacement de leur compétence, l'existence d'une "indication médicale". »

L'idéal formulé est dès lors d'astreindre les femmes à la double prévention : celle des avortements avec la norme contraceptive, celle des cancers dits féminins avec le dépistage.

La fabrication, dans la sphère militante puis l'institution, des normes de prise en charge de l'avortement, révèle que les médecins critiques ne prennent guère en compte la perspective de prise de pouvoir des femmes sur leur corps. Sans la force du nombre, il est rare que des positions féministes collectives naissent dans les MLAC, *a fortiori* ceux à majorité médicale [Ruault, 2017, p. 368-375]. Toutefois, des réflexions sur la pratique abortive surgissent aux marges du mouvement et considèrent d'un œil critique son devenir.

Tout d'abord, la spécialisation sexuée des tâches étudiée plus haut produit une vision différenciée des modes d'action. À Paris, des militantes contestent la volonté du GIS de ne faire que « des avortements exemplaires » et dévoilent les critères de sélection qui prévalent. Qu'ils reposent sur le « copinage » ou des critères sociaux, elles les estiment illégitimes²⁶ : pour elles, ces médecins n'agissent pas en fonction des intérêts immédiats des femmes, mais en vue de l'intégration médicale de l'avortement.

Ensuite, l'un des griefs importants porte sur la dépossession des femmes de l'avortement. Ce dont témoigne Jacqueline, ouvrière engagée à Grenoble à partir de l'automne 1973 :

« C'était pas une pratique de faire découvrir aux femmes leur propre corps et sexualité. Et c'était pas ça l'objectif. L'objectif c'était de faire changer la loi. (...) c'était pas que les femmes prennent le pouvoir sur l'affaire. (...) ils avaient un objectif eux, politico-juridique, qui n'était pas un objectif féministe. »²⁷

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Gît-le-Cœur, GIS-la-canule*, Brochure du Collectif librairie La commune et éditions Gît-le-cœur, p. 2. Archives du MLAC d'Aix.

²⁷ Entretien avec Jacqueline (MLAC d'Aix, puis MLAC-Choisir Grenoble), juillet 2014.

Agnès explique aussi que la visée politique du groupe-Centre parisien d'une « véritable reprise en main par la femme de son corps et de sa santé »²⁸ s'est rapidement dissoute « au profit d'une mainmise du corps médical », participant de la marginalisation de la lutte des femmes. Il se trouve qu'à l'hiver 1973, Agnès et des militantes du MLF recueillent « des milliers » de signatures de femmes, en vue d'un manifeste d'une plus grande ampleur que celui « des 343 ». Il ne sera jamais publié, faute d'appui des médecins : « C'était peut-être significatif du fait que nous aussi, un peu malgré tout, on était dépendantes de leurs savoirs », raconte Agnès avec amertume.

Au printemps 1973, des militantes du MLF réalisent combien l'accapement de la mobilisation par des médecins oblitère l'organisation politique autonome des femmes. Rappelant que ce sont elles qui, les premières, se sont organisées pour avorter, depuis les faiseuses d'anges jusqu'aux « femmes du mouvement », en passant par toute femme « confrontée dans son corps au risque de l'avortement », elles reprochent aux médecins de démobiliser les femmes et de redoubler leur minorisation dans cette histoire longue :

« le point de départ de l'action des médecins a été de nier ces pratiques réelles : comme ces formes d'organisation des femmes n'obéissaient pas toujours aux critères de sécurité médicale, on les a rejetées pour faire de l'avortement un "acte médical". Mais on a rejeté en même temps la force politique (...) qu'elles représentaient (...) (Quand le GIS prend le monopole de l'avortement au nom du modernisme de sa méthode, les femmes n'ont plus qu'à signer des pétitions). »²⁹

De même, des militantes bordelaises affirment que « dès le départ, le problème de l'avortement aurait dû être pris en charge par les femmes, puisque c'est de notre corps, et de notre vécu qu'il s'agit ». Puis elles accusent les médecins d'empêcher cette prise en main :

« les médecins (des hommes) ont pris l'avortement comme prétexte pour remettre en question la santé. En faisant de l'avortement un acte médical, pour soi-disant le démedicaliser, la place de la femme dans cette lutte reste un rôle secondaire dans l'équipe. Le technicien, en général un homme, garde son pouvoir. Même au sein du GIS on maintient le schéma traditionnel de la société »³⁰

Cette critique rejoint celle du courant MLF « lutte des classes » sur la récupération de la lutte à des fins professionnelles ou politiques³¹. Dans ces conditions, la subversion associée à l'aspiration abortive ne recouvre pas les mêmes principes selon qu'elle est définie par des profanes ou des médecins. Des militantes, « [dénuées de] vocation de faiseuses d'anges bénévoles », écrivent ainsi :

« la méthode Karman ne nous intéresse que dans la mesure où elle a représenté un saut politique : (...) des femmes y ont vu (...) la possibilité de prendre en mains leurs propres problèmes d'avortement, sans passer par l'institution médicale (...) Le GIS a perçu ce moment politique, mais l'a exploité au profit de sa propre lutte contre l'ordre des médecins et contre la législation. L'avortement devient une

²⁸ Entretien avec Agnès.

²⁹ *Ta-ta-ta, le GIS casse les prix*, p. 6. Brochure d'« un groupe de femmes du Mouvement », en réaction au manuel du GIS, *Où nous avortons !* (1973). BDIC, F Delta Res 532/24.

³⁰ « Pourquoi l'avortement doit-il être pris en charge par les femmes ? », in GIS Bordeaux, « Le rôle de l'intermédiaire ». Non daté. Archives d'un membre du GIS.

³¹ Cf. note 6.

pratique de “médecine sauvage”, mais il reste aux mains de spécialistes. Il n’est pas le moment où les femmes se constituent comme force politique en se réappropriant le contrôle de leur corps. »³²

Du point de vue d’une partie des militantes, *a fortiori* celles ayant eu maille à partir avec des médecins, leur appropriation de la lutte vide le droit à l’avortement de son contenu féministe. En conséquence de quoi le maintien de la dépendance à la médecine reconduit l’impuissance des femmes face aux grossesses non désirées.

En conclusion

Les mécanismes de basculement, en un temps restreint, de l’avortement domestique et clandestin à l’IVG médicalisée soulignent que des pratiques militantes ont actualisé l’encadrement social des corps des femmes *via* la médecine. Ce chapitre a montré que la sophistication des parcours abortifs est entamée dès en amont de la loi Veil, lorsque des médecins fabriquent, hors de l’institution hospitalière et de tout cadre légal, un protocole afin de faire de l’avortement « un acte médical comme un autre ». La construction, dans le temps de la lutte, de ce cadrage médical a eu tendance à masquer les concurrences entre les groupes sociaux impliqués.

En s’appropriant, au nom de la sécurité sanitaire, la pratique abortive, puis en formalisant, au nom de la stratégie politique, une expertise valable aux yeux du corps médical et des décideurs politiques, le corps médical engagé a ignoré la critique émanant de femmes profanes. En effet, certains collectifs de non médecins recherchaient, d’une part, *l’intrication de la technique et du soin* et, d’autre part, une *pratique collective maîtrisée entre femmes « ordinaires »* pour l’accès à l’autodétermination de leur corps (polyvalence des tâches, contrôle mutuel, implication du corps et des affects des militantes avorteuses, participation de l’avortante qui définit le rythme de l’acte, etc.). Autrement dit, ces militantes s’employaient continûment à « dé-sophistiquer » le travail abortif pendant qu’il se technicisait hors puis en institution médicale.

Dans ce mouvement de spécialisation qu’ont initié les médecins critiques, la séparation croissante entre dimensions techniques et relationnelles a de fait évacué l’analyse féministe du façonnage du protocole. La situation actuelle de l’IVG en France est héritière des processus que ce chapitre a explorés. La lourdeur des parcours d’IVG que les femmes sont aujourd’hui tenues de suivre à l’hôpital jette une lumière crue sur le fait qu’elles n’ont en définitive pas acquis les savoir-faire qui leur permettraient d’avorter dans les conditions de leur choix. De surcroît, cette histoire éclaire le profond sentiment d’isolement qui continue de marquer l’expérience des femmes : l’avortement en structure hospitalière est une prise en charge individuelle, face à des spécialistes, au cours de laquelle l’approche technicienne prime sur le confort des femmes ainsi que sur la recherche d’une implication à jeu égal des avortantes et avorteurs/ses autour d’un épisode corporel non maladif.

Lucile Ruault

Bibliographie

Aïach Pierre, 1998, « Les voies de la médicalisation », in P. Aïach et Daniel Delanoë (dir.), *L'Ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, p. 15-36.

Arborio Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2011, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, Vol. 1, n°1, 2011, p. 42-60.

Berlivet Luc, 2004, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in Didier Fassin et Dominique Memmi, *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 37-75.

Carricaburu Danièle, 2005, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, n°47, p. 245-262.

CLAC – Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception (Grenoble), 1973, *Libérons l'avortement*, Paris, Maspero.

Engeli Isabelle, 2009, « La problématisation de la procréation médicalement assistée en France et en Suisse », *Revue française de science politique*, Vol. 59, n°2, p. 203-219.

Ferrand Michèle, 1988, « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du travail*, Vol. 30, n°2, p. 367-380.

Garcia Sandrine, 2005, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°158, p. 96-115.

Gaudillière Jean-Paul, 2006, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, n°14, p. 239-248.

Gelly Maud et Pavard Bibia, 2016, « De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s. Deux mobilisations de profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011) », *Genèses*, n°102, p. 47-66.

Gilbert Claude et Henry Emmanuel (dir.), 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte.

Godard Patricia et Porée Lydie, 2014, *Les Femmes s'en vont en lutte ! Histoire et mémoire du féminisme à Rennes (1965-1985)*, Rennes, Goater.

Horellou-Lafarge Chantal, 1982, « Une mutation dans les dispositifs de contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, Vol. 23, n°3, p. 397-416.

Houel Annik et Lhomond Brigitte, 1982, « Avortement et morale maternelle, 1968-1978 », *Revue française de sociologie*, Vol. 23, n°3, p. 487-502.

Hughes Everett, 1951, « Studying the Nurse's Work », *The Sociological Eye. Selected papers*, New Brunswick, Transaction Books, 1984 (1971), p. 311-315.

Jacquemart Alban, 2015, *Les Hommes dans les mouvements féministes. Socio-histoire d'un engagement improbable*, Rennes, PUR.

Mathieu Marie et Ruault Lucile, 2014, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, n°107, p. 33-59.

Pavard Bibia, 2009, « Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979) », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n°29, p. 79-96.

Pavard Bibia, 2012, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1959-1979)*, Rennes, PUR.

Pitti Laure, 2010, « Experts “bruts” et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, n°91, p. 103-132.

Ruault Lucile, 2017, *Le spéculum, la canule et le miroir. Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)*, thèse de doctorat en science politique, Université de Lille.

Willemez Laurent, 2004, « *Perseverare Diabolicum* : l'engagement militant à l'épreuve du vieillissement social », *Lien social et Politiques*, n°51, p. 71-82.