



**HAL**  
open science

## **La production médicale de l'ignorance. Pourquoi les médecins surestiment les risques liés à l'avortement**

Raphaël Perrin

### ► **To cite this version:**

Raphaël Perrin. La production médicale de l'ignorance. Pourquoi les médecins surestiment les risques liés à l'avortement. *Sciences Sociales et Santé*, 2024, 42 (2), pp.5-33. <10.1684/sss.2024.0274>. <hal-04888902v2>

**HAL Id: hal-04888902**

**<https://hal.science/hal-04888902v2>**

Submitted on 23 Feb 2026

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 - Attribution - Non-commercial use - ShareAlike - International License

La production médicale de l'ignorance. Pourquoi les médecins surestiment les risques liés à l'avortement

The medical production of ignorance. Why doctors overestimate the risks of abortion

Raphaël Perrin\*

### **Résumé :**

Comment comprendre la prégnance d'un discours médical insistant sur les risques de l'avortement, en contradiction avec la littérature scientifique et en décalage avec la relative sûreté de l'intervention médicale telle qu'elle est pratiquée en France aujourd'hui ? Cet article met en lumière la manière dont la structure du champ médical favorise la reproduction de l'ignorance en matière d'avortement. Il décrit les luttes de pouvoir qui le traversent et dotent d'un statut d'expert·e les médecins les plus dominant·es – les gynécologues-obstétricien·nes, *a fortiori* celles et ceux qui occupent les postes à responsabilités au sein de la profession – tout en limitant l'audience des médecins plus dominé·es – souvent généralistes – qui se spécialisent dans l'avortement et affirment son innocuité. Il souligne le rapport instrumental aux savoirs que peuvent avoir les médecins et analyse la manière dont ils et elles produisent, parfois intentionnellement, l'ignorance : en consultation, en faisant craindre aux avortantes les conséquences de leur comportement procréatif, afin d'orienter leurs « choix » et de façonner des dispositions contraceptives ; dans les prises de position publiques des dominant·es du champ s'opposant aux projets de libéralisation de l'avortement au nom de sa dangerosité supposée.

**Mots-clés :** avortement, pouvoir médical, expertise, ignorance, genre.

### **Summary :**

How can we understand the prevalence of a medical discourse that emphasises the risks of abortion at odds with the data provided by the scientific literature and with the relative safety of the medical procedure as practised in France today? This article highlights how the structure of the medical field encourages the reproduction of ignorance about abortion. It describes the power struggles that permeate the field, giving expert status to the most dominant doctors – gynecologists-obstetricians, especially those who occupy positions of responsibility within the profession – while limiting the audience of the most dominated doctors – often general practitioners – who specialise in abortion and claim its innocuousness. It underlines the instrumental relationship that doctors tend to have with knowledge and how they produce ignorance, sometimes intentionally: in consultation, by making women fear the consequences of their procreative behavior in order to influence their “choice” and shape contraceptive provisions; in the public stances taken by those who dominate the field, opposing reform proposals to liberalise abortion on the grounds that this is supposedly dangerous.

---

\* Doctorant en sociologie, CESSP, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne ; [Raphael.perrin.univ@gmail.com](mailto:Raphael.perrin.univ@gmail.com)

**Keywords** : abortion, medical power, expertise, ignorance, gender.

Les gynécologues ne pouvaient pourtant accepter de se plier à la seule autorité de la Femme, considérant qu'elle ignore les risques qu'elle prend et que son information fragmentaire par une conseillère conjugale ou une assistante sociale ne peut suffire à l'éclairer sur les dangers immédiats ou tardifs de cet avortement dont la loi lui offre la liberté de choix sans aucune restriction. Il n'est pas rare de recevoir des candidates qui refusent même de motiver leur demande et exigent l'avortement légal qui leur est dû ! (Soutoul, 1977 : 127).

Au nom des dangers que représente l'avortement pour les femmes, il faudrait limiter le libre choix d'avorter et lui substituer l'autorité et le savoir médical. Cette position exprimée en 1977 par Jean-Henri Soutoul, professeur d'obstétrique, alors chef du service de gynécologie du CHU de Tours, opposé à la possibilité d'une interruption *volontaire* de grossesse (IVG), hérite du double mouvement de médicalisation dont l'avortement a fait l'objet au moment de sa dépénalisation en 1975 en France. Par médicalisation entendons, d'une part, le choix politique de doter le corps médical du monopole de la pratique légale des avortements et d'en confisquer la pratique aux profanes (Horellou-Lafarge, 1982 ; Ferrand, 1988 ; Ruault, 2017), d'autre part – c'est le sens canonique du concept (Conrad, 1992) – la victoire d'une définition sanitaire de l'avortement construit comme enjeu de santé publique, éclipsant les discours en termes d'autonomie des femmes, de morale ou d'intérêt national (Fassin, 1996 : 304 ; Marguet, 2014 ; Koechlin, 2021 : 215). Dans les débats qui ont précédé le vote de la loi Veil, l'insistance sur les effets dévastateurs des avortements clandestins réalisés dans de mauvaises conditions – 150 à 200 décès chaque année (Garcia, 2005) – et sur la fertilité – les complications liées aux avortements clandestins obérant significativement la fertilité des avortantes – permettait de montrer la nécessité d'une libéralisation de l'accès à l'avortement<sup>1</sup>. C'est parce qu'elle apparaissait comme un enjeu de survie, plutôt que de contrôle de leur corps par les femmes, que la dépénalisation de l'avortement est votée. Un effet de cette « sanitarisation » (Fassin, 2000) de l'avortement a été, en même temps, qu'on désignait les médecins comme seul-es habilité-es à pratiquer les avortements, de les constituer durablement comme expert-es, comme locuteurs et locutrices légitimes dans les débats qui entourent le droit à l'avortement et ses réformes successives.

Plus de quarante ans après les derniers avortements clandestins, l'insistance sur les dangers de l'avortement prédomine encore dans les discours des représentant-es de la profession médicale – le Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF), le Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF), l'Académie de médecine et l'Ordre des médecins<sup>2</sup> – comme le montre l'analyse des débats qui ont précédé le vote de la loi sur l'avortement proposant de repousser le délai légal de 12 à 14 semaines de grossesse<sup>3</sup>. La permanence de cette position, aujourd'hui, peut interroger. Non seulement ces discours sont mobilisés pour s'opposer à la libéralisation de l'avortement et non plus pour défendre

---

<sup>1</sup> Claudia Mattalucci (2018) rend compte de cette stratégie pro-choix de sanitarisation de l'avortement dans le contexte italien.

<sup>2</sup> Le CNGOF et l'Académie de médecine sont des sociétés savantes, la première émettant des recommandations sur la base de lecture critique d'articles scientifiques en gynécologie-obstétrique. Le SYNGOF et l'Ordre des médecins ont pour but explicite la défense des intérêts de la profession.

<sup>3</sup> Parmi d'autres mesures. Elle a été votée le 2 mars 2022.

celle-ci comme au début des années 1970, mais ils prennent place dans une situation sanitaire radicalement différente, l'avortement étant devenu une intervention médicale particulièrement sûre en France. Dans cet article, il s'agit de se pencher sur ce discours médical, en questionnant les raisons structurelles pour lesquelles la représentation de l'avortement comme une pratique dangereuse est si répandue *parmi et par* les médecins, et, *in fine*, d'interroger le rapport des médecins aux savoirs et à la vérité.

L'analyse s'inscrit dans la perspective de l'agnotologie, l'étude de l'ignorance et de sa production (Proctor et Schiebinger, 2008). En particulier, elle prolonge les recherches qui montrent comment les angles morts des connaissances médicales découlent de la domination de genre et participent à reproduire celle-ci. Des travaux ont en effet révélé la négligence de la recherche médicale – l'*undone science* (Frickel *et al.*, 2014) – à l'égard des fonctions non reproductives du corps féminin et la disqualification des douleurs des femmes en même temps que leur banalisation comme étant propres à la condition féminine. Il en résulte, entre autres choses, une invisibilisation des pathologies telles que l'endométriose (Hudson, 2021 ; Coville, 2022) ou la migraine (Kempner, 2014), à l'origine de retards de diagnostics et de traitements inadéquats, ainsi qu'un désintérêt durable des sciences pour le clitoris et la diffusion de représentations erronées sur l'orgasme féminin (Tuana, 2004). L'étude des prises en charge de l'intersexuation a quant à elle donné à voir que des savoirs et des technologies médicales pouvaient se développer à partir de postulats ininterrogés liés aux représentations sociales de la binarité sexuelle, aboutissant à la diffusion durable de protocoles médicaux iatrogènes (Raz, 2019).

Les médecins participent à la production et à la diffusion de l'ignorance en matière d'avortement. Pour en rendre compte, cet article propose de combiner l'objet d'étude de l'agnotologie avec les acquis de la sociologie de l'avortement au prisme du genre – ayant montré le rôle de contrôle social de la procréation confié historiquement au corps médical (Mathieu et Ruault, 2014 ; Thizy, 2023) –, ainsi qu'avec les outils d'analyse de la théorie bourdieusienne des champs (Bourdieu, 2022). Cette dernière amène à prêter attention à l'hétérogénéité des positions médicales et à la dimension agonistique des rapports sociaux qui les lient. Elle permet d'expliquer les représentations de la dangerosité ou de l'innocuité de l'avortement et les régimes de preuves sur lesquels elles se fondent, par les positions occupées et par la lutte qui oppose les différents segments de la profession pour la reconnaissance de l'expertise médicale.

Je montrerai d'abord le décalage entre le discours tenu par les médecins sur la dangerosité de l'avortement et les données scientifiques. Je tenterai d'expliquer ce constat par l'hypothèse que la position de médecin peut être génératrice d'une ignorance spécifique, située, résultant de la formation et de la pratique médicale. Ensuite, je détaillerai les différentes positions occupées au sein du champ et j'éclairerai les luttes professionnelles qui dotent d'un pouvoir de véridiction non pas celles et ceux qui savent mais celles et ceux qui dominent. Enfin, en étudiant certaines formes plus intentionnelles de production d'ignorance par les médecins – en consultation comme dans le débat public – je mettrai en lumière le relatif désintérêt des médecins pour la vérité et le rapport instrumental qu'ils et elles entretiennent aux savoirs. Diffuser l'ignorance sur la dangerosité de l'avortement est un moyen d'assurer le contrôle de

leur activité professionnelle. L'article invite ainsi à analyser l'expertise comme un rapport de domination (Lahire, 2023 : 551), aussi bien interne au champ que dans la relation aux profanes.

### **Enquêter sur l'espace professionnel de la gynécologie**

L'analyse mobilise les résultats d'une recherche doctorale qui interroge le rapport des professionnel·les de santé à l'avortement, de 1975 à aujourd'hui. Cette recherche a mis en évidence un espace professionnel structuré par deux axes principaux. Un axe, hiérarchique, des professions et spécialités médicales qui pratiquent les IVG : des plus aux moins dominant·es, les gynécologues-obstétricien·nes, les gynécologues médicales<sup>4</sup>, les médecins généralistes (ainsi que les sages-femmes, autorisées à pratiquer l'IVG depuis 2016). La gynécologie-obstétrique, spécialité chirurgicale historiquement consacrée par le concours de l'internat, ajoute à sa noblesse scolaire son contrôle de la plupart des positions de pouvoir de l'espace professionnel : les postes de praticien·ne hospitalier·e, de professeur·e et de chef·fe de service de gynécologie, les postes de responsabilités scientifiques ou politiques au sein des organisations professionnelles les plus influentes. Le second axe structurant l'espace professionnel mesure l'investissement objectif dans la prise en charge de l'avortement, depuis les professionnel·les qui occupent des postes dédié·es à cette pratique, jusqu'à celles et ceux qui ne font pas d'IVG – qu'ils et elles invoquent la « clause de conscience » ou simplement l'évitent sans avoir à s'en justifier. Les deux axes se recoupent en partie, notamment parce que l'intérêt à prendre en charge l'IVG est lié à la position occupée dans la hiérarchie médicale : « sale boulot » (Hughes, 1996) des dominant·es, l'IVG est aussi un moyen de promotion professionnelle pour certain·es des dominé·es. Deux pôles se distinguent dans cet espace. Le premier, majoritaire, se compose de dominant·es – gynécologues-obstétricien·nes et dans une moindre mesure médicales – qui ne pratiquent des avortements que ponctuellement, à la marge du reste de leur activité ou sur une période de temps limitée au début de leur carrière (stage d'internat ou poste d'assistantat<sup>5</sup>). Le second pôle se compose principalement de médecins généralistes qui consacrent tout ou partie de leur activité à la pratique des IVG.

L'article s'appuie sur des entretiens menés entre septembre 2020 et octobre 2022 auprès de 88 médecins appartenant aux trois spécialités de l'espace professionnel de l'avortement, choisi·es avec un objectif de diversité de sexe, d'âge, de région, d'avancement dans la carrière médicale, de lieu et mode d'activité, d'investissement objectif et subjectif dans la pratique des IVG (voir tableau 1). Le corpus d'entretiens regroupe aussi bien des médecins dont l'activité est entièrement consacrée à la pratique de soin que d'autres activement impliqué·es dans la production et la diffusion des savoirs (enseignant·es, chercheur·ses, membres des institutions de référence scientifique de la profession) ou la représentation syndicale. Les entretiens ont duré entre 1 h 30 et 4 h et se sont articulés autour de quatre thématiques : la trajectoire professionnelle, l'activité médicale concrète, la position concernant le projet de loi d'allongement du délai légal d'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse alors en discussion à l'Assemblée, le hors-travail (famille, enfance, sexualité, expérience profane de l'avortement et de la contraception, religion, positionnement politique et militantisme, etc.).

L'analyse s'appuie également sur les observations non participantes menées entre septembre

<sup>4</sup> Je désigne au féminin le groupe des gynécologues médicales et celui des sages-femmes en raison de leur extrême féminisation.

<sup>5</sup> Il s'agit du premier poste hospitalier occupé par les médecins après la fin de leurs études, à la suite de l'internat.

2021 et juillet 2022 dans trois centres d'IVG (72 jours complets d'observation). Les trois centres sont des services hospitaliers d'orthogénie rattachés administrativement au service de gynécologie de leur hôpital. Ils disposent de locaux, d'un secrétariat et de personnel dédiés. J'y ai assisté à l'accueil des femmes en demande d'avortement par les secrétaires, aux prises en charge infirmières, aux entretiens psychosociaux réalisés par les conseillères conjugales et familiales, aux consultations pré et post-IVG, aux IVG pratiquées au bloc opératoire<sup>6</sup> et aux moments informels partagés par l'équipe<sup>7</sup>.

L'analyse repose enfin sur la lecture des communiqués, articles et prises de position médiatiques des principaux et principales représentant-es et institutions de la profession dans le cadre des débats qui se sont tenus à la faveur du vote de la loi de 2022 allongeant le délai d'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse. Lors de l'enquête, ces débats ont cristallisé les représentations des médecins autour de l'avortement et des luttes qui traversent le champ.

### **L'avortement comme risque : quand la médecine ne se fonde pas sur les preuves**

*Non, il faut que les femmes aussi elles comprennent que c'est pas un geste anodin, que c'est un geste qui est à risque pour elles aussi, hein. Faire des IVG on pense que... mais il y a des séquelles ! Il peut y avoir des séquelles, des risques pour les prochaines grossesses, d'infertilité, de col, d'accouchement prématuré avec des cols raccourcis. Il faut aussi que les femmes elles prennent bien leur contraception, qu'elles fassent attention, qu'elles prennent une décision rapidement, elles sont... Il faut faire des choix aussi dans la vie. Il faut être responsable (Estelle, 36 ans, cheffe de service de gynécologie-obstétrique).*

Quarante-trois ans après le texte de Soutoul, de concert avec leurs institutions de tutelle, la plupart des médecins enquêté-es soulignent – en entretien, lors de discussions avec leurs collègues ou aux femmes en demande d'avortement lors des consultations – que l'avortement est une intervention médicale particulièrement risquée, menaçant l'avortante d'hémorragie, de perforation utérine, de difficultés à concevoir ou à mener à une grossesse future à terme, voire de séquelles psychologiques, quels que soient le terme de la grossesse ou la méthode utilisée.

Les IVG considérées comme « tardives » – proches du terme maximal autorisé par la loi française – sont décrites comme particulièrement périlleuses, pouvant déclencher des « hémorragies cataclysmiques », et les femmes qui y ont recours comme des « rescapée[s] » (Christophe, 65 ans, chef de service de CHU, gynécologue-obstétricien) :

*Tous les médecins te diront que c'est une connerie [d'allonger le délai d'IVG]. Il y a plus de risques de perforation et c'est plus traumatisant. Dans les médias, c'est présenté comme un refus paternaliste des médecins, mais c'est pas du tout ça. C'est vraiment des raisons médicales. Et puis les femmes peuvent toujours demander une IMG [interruption médicale de grossesse] ou aller à l'étranger (Auriane, 27 ans, interne, gynécologue médicale).*

<sup>6</sup> L'avortement peut être pratiqué par méthode médicamenteuse ou par méthode chirurgicale dite aussi instrumentale, sous anesthésie générale ou locale.

<sup>7</sup> Pour la discussion des enjeux méthodologiques et épistémologiques liés à ma posture d'enquête, la négociation et l'effet de ma présence sur le terrain, voir (Perrin, 2023).

Ces médecins ne se sont jamais référés à des études portant sur les complications de l'avortement. Certain·es le reconnaissent, comme Vincent, qui occupe un poste de représentant au sein du syndicat professionnel (SYNGOF) qui a pris publiquement position contre la proposition de loi sur l'allongement du délai<sup>8</sup> :

Alors sur le sujet je sais pas s'il y a des études spécifiques sur le risque de synéchie<sup>9</sup> à 15 semaines [d'aménorrhée<sup>10</sup>]. En tout cas ce qui est sûr, c'est que le col de l'utérus on l'abîme. [...] J'ai pas de chiffre. J'ai pas regardé les choses et puis je suis pas universitaire. Faudrait demander à quelqu'un qui connaît mieux le truc et puis qui fait que ça (Vincent, 45 ans, praticien-hospitalier, gynécologue-obstétricien).

Ces études existent et leur donnent tort. La revue de la littérature scientifique réalisée il y a quelques années par la commission orthogénie<sup>11</sup> du CNGOF montrait l'absence d'effet du recours à l'IVG sur la fertilité future comme sur d'éventuels troubles psychiatriques (CNGOF, 2016 : 582-584). Dès 2001, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) devenue Haute Autorité de santé (HAS) établissait déjà la relative sécurité du recours à l'avortement :

La médicalisation de l'avortement a entraîné une chute spectaculaire des complications et des décès. La mortalité de l'IVG sur 10 ans est passée de 5 à 3 pour 1 million d'IVG entre les années 1975-1985 et les années 1985-1995. La France fait partie des pays les mieux placés à cet égard. L'INED en 1963 estimait à 332 le nombre annuel de décès pour avortement. Le nombre annuel absolu de décès par IVG oscille dans les dernières années entre 0 et 2. Le progrès sanitaire de l'environnement des IVG est donc évident. [...] Les complications immédiates ont eu la même évolution décroissante, que ce soient les perforations utérines, les hémorragies ou les rétentions partielles avec ou sans infection locorégionale. [...] Les données actuelles suggèrent l'absence de conséquences à long terme de l'IVG (ANAES, 2001 : 48, 54).

Les études médicales existantes – étrangères pour ce qui est des termes dépassant celui autorisé par la législation française – portant sur les complications de l'avortement montrent que celles-ci sont rares et qu'elles n'augmentent pas entre 10 et 14 semaines de grossesse<sup>12</sup>.

Cette représentation de la dangerosité de l'avortement est largement répandue dans l'espace professionnel. Parmi les médecins enquêtés, seule une partie de celles et ceux qui occupent des postes dédiés à l'IVG ne la partagent pas (nous y reviendrons). Ce n'est pourtant pas un défaut de connaissances produites qui explique la prégnance de cette vision de l'avortement.

---

<sup>8</sup> <https://syngof.fr/espace-professionnel/documents-utiles/reponse-a-la-proposition-de-loi-sur-livg-6-octobre-2020/>

<sup>9</sup> Accolement des parois de l'utérus.

<sup>10</sup> L'aménorrhée désigne l'absence de règles. 16 semaines d'aménorrhée correspondent à 14 semaines de grossesse.

<sup>11</sup> L'orthogénie désigne la prise en charge médicale de l'IVG et de la contraception.

<sup>12</sup> Voir par exemple Baclé *et al.* (2005) ; Soulat et Gelly (2006) ; Faucher (2016) ; ou pour une méta-étude compilant les résultats de 36 études menées sur un total d'un million de femmes : Saccone *et al.* (2016). La première étude publiée à partir des données françaises suivant l'allongement du délai de 12 à 14 semaines de grossesse conclut à la grande sûreté du geste : Gouret *et al.* (2023).

Sur quel régime de preuves, concurrent de la littérature scientifique, ces médecins se fondent lorsqu'ils et elles affirment la dangerosité de l'avortement ?

### **L'ignorance située des médecins**

Un premier faisceau d'explications de cette tendance à surestimer les risques de l'avortement réside dans la socialisation médicale. Plus précisément, ce sont la formation des médecins en matière d'avortement, le rôle de l'expérience clinique dans la constitution des savoirs mobilisés par les praticien·nes, ainsi que les normes et valeurs transmises lors de leurs études et dans leur travail qui façonnent la vision qu'ils et elles ont de l'avortement comme un acte dangereux.

En matière d'avortement, la formation théorique des généralistes et des gynécologues, quand elle existe, met en avant le fait que l'avortement serait un mode de régulation des naissances risqué. Enquêtant sur l'enseignement de l'avortement dans les études médicales, Maud Gelly (2006 : 31) montre que « l'accent est donc mis sur la loi, les techniques et les complications. Encore une fois, la place faite aux complications excède largement leur fréquence réelle ». Le programme d'enseignement minimaliste et centré sur les « complications et répercussions » de l'IVG<sup>13</sup> n'est parfois, dans les faits, pas même enseigné, et si, en 2015, 91 % des internes en gynécologie (obstétrique et médicale confondues) ont déjà pratiqué des IVG chirurgicales et 77 % des IVG médicamenteuses avant la fin de leur internat, près de 40 % n'ont reçu aucune formation théorique sur le sujet (Vigoureux *et al.*, 2015 : 6, 7). J'interroge Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale de troisième semestre d'un des trois centres d'IVG enquêtés. Elle n'a jamais eu de cours théorique sur l'IVG mais a suivi des consultations et blocs opératoires lors de son précédent stage en gynécologie. Justifiant auprès de moi l'insistance avec laquelle elle recommande l'adoption d'une contraception médicalisée aux avortantes, elle évoque le fait que l'avortement « ruine la fécondité » et, au-delà des risques d'infection et de perforation de l'utérus, provoque des « effets psy délétères » et un risque de « décompensation ».

En l'absence de formation théorique, le savoir qu'ont les médecins de l'avortement – au-delà d'une connaissance profane liée à un recours personnel – repose sur un mode de connaissance pratique, à partir de leur expérience clinique. Or, pour l'avortement comme pour le travail médical en général, ils et elles peuvent tendre à surévaluer la prévalence des cas graves par un effet de sélection : la proportion de complications dans les situations pour lesquelles ils et elles sont sollicité·es est plus importante que la moyenne (Cohen et Cohen, 1984). La plupart des gynécologues, une fois leur internat terminé, ne participent plus au travail d'avortement que très ponctuellement, quand les IVG médicamenteuses réalisées à domicile entraînent une hémorragie ou que les IVG instrumentales déléguées à des professionnel·les plus dominé·es dans la division du travail (généralement des internes), se compliquent. Julie en témoigne :

---

<sup>13</sup> C'est l'un des trois items du programme officiel de 2001. Le programme a légèrement évolué depuis l'enquête de Maud Gelly puisque l'item « précisez les complications et répercussions de l'IVG » est devenu « précisez les complications possibles et répercussions de l'IVG », et qu'un quatrième item est ajouté au programme : « Identifier les facteurs de risque de récurrence d'interruption volontaire de grossesse ».

*Les IVG, c'est les internes qui les font. [...] Nous [les chef:fes] on est appelés dès que ça se complique. Et du coup moi j'en fais plus, enfin... si, en général quand j'en fais c'est quand ça se complique et que ça saigne énormément, je viens aider mes internes à la faire* (Julie, 31 ans, assistante-chef:fe de clinique, gynécologue-obstétricienne).

C'est en s'appuyant sur ces expériences de complication que les médecins enquêtés présentent leur perception de l'avortement comme relevant de l'évidence. La complication opératoire joue un rôle de rite durkheimien, moment d'effervescence collective qui crée ou renforce des croyances communes, ici celle de la dangerosité de l'avortement et de la légitimité du pouvoir médical fondé sur son intérêt sanitaire (Durkheim, 1991 : 548). Elle inscrit ces croyances dans les corps, suscitant des émotions intenses, notamment chez les jeunes médecins particulièrement exposés au stress, à la culpabilité et à la remise en cause. Les récits des complications sont colportés, racontés de manière récurrente et à plusieurs voix aux nouveaux entrant·es dans le service (et au sociologue), ce qui participe à la socialisation de ces dernier·es. Dans l'un des services enquêtés, celui d'Olivia, l'interne mentionnée plus haut, l'évocation d'une perforation utérine ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien, survenue six mois auparavant dans le service, est fréquemment mobilisée pour attester de la dangerosité de l'avortement et justifier l'opposition collective de l'équipe médicale à l'allongement du délai d'IVG, mesure jugée inconsidérée. Pourtant, quand j'interroge un médecin récemment retraité de ce même service sur les complications rencontrées au cours des douze années où il y a exercé, il n'en comptabilise que trois autres – des hémorragies sans conséquences graves – sur les plus de 15 000 IVG chirurgicales réalisées sur cette période<sup>14</sup>. L'expérience clinique, sans une mise en contexte par les connaissances scientifiques disponibles, peut avoir l'effet d'un miroir déformant. L'expérience n'est donc pas uniquement une source de connaissance (on parle de savoirs expérientiels) mais peut aussi être une cause d'ignorance.

La vision médicale dominante de l'avortement comme un risque découle également du poids qu'a la norme maternelle parmi les médecins et de son effet sur l'évaluation des dangers de l'avortement. M'expliquant son opposition à l'allongement du délai d'IVG par le fait qu'elle est « *persuadée qu'il y a un impact au niveau du col [de l'utérus]* » pouvant causer des accouchements prématurés, Élisabeth, praticienne-hospitalière de gynécologie-obstétrique de 54 ans, ajoute : « *Le pire truc qui puisse arriver à une fille, c'est de pas avoir d'enfant ! On est en mode : "Réveillez-vous, après ça va être trop tard !" Le but d'une vie c'est d'avoir des enfants en bonne santé.* » Les femmes médecins ont un taux de fécondité bien supérieur à la moyenne des professions supérieures, y compris des autres professions libérales (Hardy, 2013 : 121-122) – la quasi-totalité des médecins enquêtés ont ou veulent des enfants. Lors des consultations d'IVG observées, les avortantes qui ont plus de trois enfants ou celles qui ont des enfants à un jeune âge sont fréquemment félicitées, tandis que les femmes sans enfant qui avortent sont mises en garde par certain·es médecins contre la baisse de leur fertilité dès qu'elles ont plus de 35 ans. Plus encore que les généralistes, les gynécologues, *a fortiori*

---

<sup>14</sup> Je n'inclus pas les 25 000 IVG médicamenteuses réalisées par ce service dans la mesure où les éventuelles complications qui surviennent peuvent être prises en charge par les urgences gynécologiques sans que les médecins du service en aient connaissance.

obstétricien·nes, dont l'activité est centrée sur la mise au monde (obstétrique, assistance médicale à la procréation, médecine fœtale), apparaissent comme des médecins de la mère et du fœtus autant que de la femme, et tendent à valoriser la maternité.

Dès lors, l'avortement n'est pas seulement perçu comme un risque sanitaire : c'est aussi un risque existentiel, une occasion manquée, peut-être la dernière, d'accéder à la maternité. Le hiatus avec la manière dont est abordée la dangerosité de l'accouchement d'une grossesse menée à terme est frappante. Les risques de mortalité et de séquelles sont très largement supérieurs à ceux de l'avortement légal<sup>15</sup>, pourtant la décision de poursuite d'une grossesse ne fait pas l'objet des mêmes discours alarmistes. Lorsque « le but d'une vie », c'est la maternité, l'avortement apparaît comme un risque – aussi faible soit-il – que les femmes, et partant les médecins<sup>16</sup>, prennent pour rien. Le risque pour devenir mère vaut, voire se doit, lui, d'être pris. Le risque de l'avortement apparaît d'autant plus comme gratuit qu'il semble évitable à des médecins dont l'accès à la contraception est simple et qui suivent la norme contraceptive (Bajos et Ferrand, 2004) de manière particulièrement rigoureuse.

La construction de l'avortement comme un geste risqué repose donc, d'une part, sur les représentations des professionnel·les – celle de l'avortement comme un choix procréatif qui dévie de la norme maternelle –, d'autre part, sur un mode de connaissance pratique qui, en l'absence de formation théorique, tend à donner aux clinicien·nes une image déformée de l'avortement. La surestimation des risques de l'avortement est donc favorisée par la position qu'occupent les médecins dans l'espace social. Mais cette ignorance située ne suffit pas pour comprendre la relégation dont les données scientifiques portant sur l'avortement font l'objet. Il faut, pour cela, considérer l'hétérogénéité du champ médical, les luttes dont l'expertise en matière d'avortement fait l'objet et leurs effets sur la diffusion des connaissances médicales.

### **(Avoir le) pouvoir, c'est savoir : l'expertise comme lutte interne au champ médical**

La propension à surestimer les risques liés à l'avortement n'est pas répartie de manière uniforme dans le champ médical. Elle dépend de la position occupée. Comme évoqué dans l'introduction, il existe un segment professionnel de médecins qui occupent des postes dédiés à la pratique des avortements et se recrutent majoritairement parmi les plus dominé·es du champ médical, principalement des médecins généralistes. Parmi celles et ceux-ci, certain·es opèrent ce qu'on peut considérer être une spécialisation informelle d'« avorteur » ou « avorteuse »<sup>17</sup>. Ils et elles investissent une identité professionnelle centrée autour de cette pratique, acquièrent des connaissances scientifiques et des compétences techniques propres à l'avortement et ont eu une socialisation professionnelle minoritaire plus ou moins critique du pouvoir médical. Bien plus souvent que les autres, les médecins enquêté·es qui se définissent comme avorteurs et avorteuses se réfèrent aux études nationales et internationales sur l'avortement, aux dernières recommandations de la HAS – qu'ils et elles appliquent et ont

---

<sup>15</sup> Aux États-Unis, le risque de mortalité lié à l'accouchement est quatorze fois supérieur à celui lié à l'avortement au premier trimestre (Raymond et Grimes, 2012).

<sup>16</sup> La peur que les complications potentielles de l'avortement n'exposent les médecins à un risque légal est fréquemment exprimée en entretien. Je n'ai toutefois pas eu connaissance de médecins attaqué·es en justice suite aux séquelles d'une IVG.

<sup>17</sup> Certain·es en revendiquent le titre.

pour certain-es participé à établir –, ont écrit ou dirigent des thèses de médecine générale ou des mémoires de sages-femmes portant sur l'avortement, ont suivi ou dirigent des formations universitaires dédiées à l'orthogénie, sont familièr-es des recherches de sciences humaines et sociales portant sur l'avortement (psychologie, sociologie ou démographie)<sup>18</sup>. Ces médecins s'organisent au sein de structures professionnelles comme l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC)<sup>19</sup> dont les actions visent à la fois à produire et à diffuser les connaissances en matière d'avortement, à promouvoir la libéralisation de l'accès à l'avortement et, assez indissociablement, à défendre l'intérêt des professionnel·les spécialisé-es dans la pratique des IVG.

Les médecins qui se spécialisent dans l'avortement connaissent mieux les protocoles recommandés et maîtrisent davantage la technique de l'IVG par aspiration que les médecins qui n'en réalisent que ponctuellement en marge du reste de leur activité et sont par conséquent moins expérimenté-es. D'après mes observations de bloc opératoire d'IVG, l'intervention est plus rapide et entraîne une perte de sang généralement bien plus faible lorsque l'opérateur ou l'opératrice occupe un poste dédié à l'IVG. Les risques de complications ne sont donc pas une donnée figée indépendante des conditions de pratique, mais varient selon la compétence spécifique des médecins.

La plupart des gynécologues de spécialité d'internat ne participent pas, plus ou peu au travail d'avortement. Considérant qu'il s'agit là d'un geste simple, dépourvu d'intérêt et de complexité technique (« *Un chimpanzé peut le faire* », me dit Julie, assistante-cheffe de clinique de gynécologie-obstétrique de 31 ans) auquel sont voué-es les internes de premier semestre, ils et elles nient que l'expertise en matière d'avortement puisse reposer sur des ressources spécifiques, comme le suivi d'une formation dédiée, la maîtrise d'une littérature scientifique ciblée ou la pratique régulière. Alors que les généralistes qui souhaitent pratiquer des IVG en libéral doivent réaliser une formation théorique de deux jours, les gynécologues en sont exempté-es, qu'ils et elles aient déjà réalisé des IVG auparavant ou non. Ils et elles ne passent pas non plus les diplômes universitaires d'orthogénie, dont les promotions sont en quasi-totalité composées de généralistes et de sages-femmes. C'est leur compétence statutaire (Bourdieu, 1977), découlant non pas de la maîtrise technique mais de la noblesse scolaire attestée par le succès au concours de l'internat, qui légitime leur prise de parole sur l'avortement.

Dans le contexte des débats portant sur le projet de loi d'allongement du délai légal d'IVG, les prises de position médicales ont largement recoupé celles des représentations de la dangerosité ou de l'innocuité de l'avortement. Les avorteurs et avorteuses spécialistes ont défendu le projet en s'opposant aux discours visant à pathologiser l'avortement, littérature médicale à l'appui. Ce faisant, non seulement ont-ils et elles défendu une mesure visant à faire progresser l'autonomie procréative des femmes, mais ils et elles ont revendiqué une expertise concurrente de celle des gynécologues au nom de compétences techniques et de connaissances scientifiques spécifiques. La mise en avant de la « médecine des preuves »

---

<sup>18</sup> Les travaux de la sociologue Nathalie Bajos sont mentionnés à quelques reprises par des enquêté-es.

<sup>19</sup> L'ANCIC a été créée en 1979 et est décrite par ses membres comme une association conjointement militante et scientifique.

(Dodier, 2007) apparaît ici comme un élément de distinction professionnelle, renforçant la légitimité de professionnel·les qui ne sont pas aussi bien doté·es en capital symbolique que les médecins mieux positionné·es dans les hiérarchies du champ.

Si les médecins spécialistes de l'avortement ont été reçu·es avec intérêt à l'Assemblée nationale – l'ANCIC a été auditionnée par la commission en charge de préparer le projet de loi –, ils et elles n'ont pas, dans le champ médical, le poids qu'ont les gynécologues qui occupent les positions de pouvoir scientifique et politique. Celles-ci sont principalement tenues par des obstétricien·nes, âgé·es, en fin de carrière, pour beaucoup des hommes, placé·es à des postes à responsabilités comme chef·fes de service, professeur·es de médecine, représentant·es du SYNGOF ou membre du CNGOF. Lors des débats entourant le projet de loi, ils et elles ont affirmé publiquement la dangerosité de l'avortement *via* des articles publiés dans des revues d'obstétrique, des interviews dans la presse, des communiqués du CNGOF, du SYNGOF, de l'Ordre des médecins et de l'Académie de médecine sans que ne soient jamais citées d'études, leur statut, c'est-à-dire leur position dans le champ, faisant fonction de preuve :

[...] l'allongement du délai à 16 semaines d'aménorrhée ne répond à aucune demande légitime des femmes qui espèrent au contraire une prise en charge plus rapide, avec le risque d'augmenter le délai de leur démarche. Cet allongement entraînera inéluctablement une augmentation significative des complications à court ou à long terme (Académie de médecine, Communiqué du 10 octobre 2020).

Le CNGOF – la société savante de gynécologie-obstétrique – dans son communiqué en date du 2 octobre 2020, présente l'avortement entre 12 et 14 semaines de grossesse comme un « geste lourd et dangereux », qui « peu[t] être source de complications maternelles » et « risque de créer des lésions définitives, responsables d'accouchements prématurés ».

En entretien, les gynécologues de spécialité d'internat, en particulier celles et ceux qui détiennent le pouvoir politique ou scientifique, revendiquent le monopole de l'expertise en matière d'avortement en tentant de discréditer les paroles concurrentes, au sein du champ comme en dehors : celles des député·es dans leur tour d'ivoire parlementaire et des « *militantes farouches, hurlantes* » du Planning familial qui ont en commun de n'avoir « *jamais vu ce que c'est* » qu'un bloc d'IVG (Catherine, 63 ans, praticienne hospitalière de gynécologie-obstétrique, représentante du SYNGOF) ; celles des médecins avorteuses et avorteurs « *mithridatisés* » (Christophe, 65 ans, chef de service de CHU, gynécologue-obstétricien, membre du CNGOF) par la pratique intensive de l'avortement, que leur trop grande habitude amènerait à considérer comme plus simple et moins dangereux qu'il ne l'est. Critiqué·es tantôt parce qu'ils et elles ne font pas d'avortement, tantôt parce qu'ils et elles en ont fait trop, les défenseur·ses de la libéralisation de l'avortement sont désigné·es comme « *militant·es* » – donc manquant de neutralité – et, pour celles et ceux qui sont médecins, comme n'étant pas représentatif·ves de la profession (« *c'est un petit nombre d'influenceurs* », dit Vincent, représentant du SYNGOF). Les paroles médicales dominées et dissidentes sont décrédibilisées, déclarées comme étant hors-jeu plutôt que contestées sur le terrain des arguments.

Les médecins de l'espace professionnel de la gynécologie qui n'appartiennent pas au segment des avorteurs et avorteuses spécialistes ni n'occupent les positions de pouvoir de la profession sont certes plus ou moins proches d'un pôle ou de l'autre selon leur poste et leur spécialité, mais ont en commun la légèreté de leur formation théorique en matière d'avortement, l'importance donnée à l'expérience clinique dans l'évaluation des risques et une propension à valoriser la maternité qui les disposent à considérer le recours à l'avortement comme un acte risqué. Or, l'audience d'associations comme l'ANCIC au sein du champ médical est bien plus faible que celle du CNGOF, de l'Ordre des médecins ou de l'Académie de médecine. La plupart des médecins enquêtés ignorent l'existence de la première, alors que tous connaissent les prises de position des suivantes. Ils et elles s'y réfèrent et en reproduisent l'argumentation pour asseoir leur opinion, généralistes comme gynécologues évoquant en entretien, pour preuve du bien-fondé de leur opposition à l'allongement du délai d'IVG, le communiqué du CNGOF attestant de la dangerosité de l'acte.

L'expertise ne repose donc pas seulement sur les compétences techniques et les connaissances scientifiques, mais sur le fait d'occuper une position de pouvoir au sein du champ. Moyennant quoi ceux et celles qui détiennent le pouvoir symbolique – celui de dire ce qui est vrai et que sa parole fasse autorité, c'est-à-dire de façonner les représentations – profèrent des contre-vérités et marginalisent les prises de position de médecins spécialisé·es dans l'avortement et les recommandations qu'ils et elles établissent *via* une agence d'État (la HAS).

Il manque cependant un élément pour comprendre pourquoi les sociétés savantes peuvent cesser de jouer leur rôle de diffusion de connaissances et pourquoi les praticien·nes sont si prompt·es à en reprendre les discours alarmistes : l'intérêt que peuvent trouver les médecins à la représentation de l'avortement comme un acte risqué. Ceci les conduit à produire ou à reproduire l'ignorance, parfois intentionnellement.

### **Produire l'ignorance : le rapport instrumental des médecins aux savoirs**

Si l'ignorance médicale en matière d'avortement est aussi diffuse et peu remise en cause c'est parce que les médecins n'ont pas pour seul critère la véracité de leurs énoncés : affirmer la dangerosité de l'avortement leur permet ainsi de contrôler leur travail – pour se faire obéir des avortantes dans le cadre des consultations ou encore pour défendre l'intérêt des médecins dans les prises de position publiques des représentant·es de la profession.

### ***Faire craindre les complications de l'avortement pour orienter les conduites en consultation***

Si sa reconnaissance fait l'objet d'une lutte interne au champ médical, l'expertise est d'abord un rapport de pouvoir exercé sur les profanes. L'exploitation des asymétries d'information est une donnée structurelle de la relation médecin-patient·e. La méconnaissance qu'ont les avortantes des risques associés à l'IVG et la confiance qu'elles accordent à la parole du ou de la médecin est instrumentalisée par une partie des enquêtés qui suscitent ou confirment les craintes des avortantes pour orienter leurs conduites.

Je l'observe dans deux des trois centres d'IVG enquêtés. Dans le premier centre, la gynécologue médicale et la sage-femme font en sorte que la quasi-totalité des avortantes « choisissent » la méthode médicamenteuse, plus simple pour elles pour des raisons logistiques (l'accès au bloc opératoire est restreint) et en raison de relations difficiles avec les gynécologues-obstétricien·nes et les anesthésistes qui pratiquent les IVG chirurgicales – mais qui n'hésitent pas à exprimer leur mécontentement lorsqu'ils et elles doivent le faire. Elles ne contraignent pas ouvertement le « choix » des avortantes mais, en consultation, présentent la méthode chirurgicale d'une manière défavorable en évoquant ses risques (anesthésiques, hémorragiques et de « lésion au niveau du col de l'utérus »). Ceux de la méthode médicamenteuse sont passés sous silence alors même qu'ils sont plus importants – tout en restant très faibles – que pour la méthode chirurgicale<sup>20</sup>.

Dans le deuxième centre, les médecins peuvent refuser de rassurer les avortantes qui recourent plusieurs fois à l'avortement ou chercher activement à éveiller chez elles la crainte des conséquences sanitaires de l'IVG afin de réprimander leur comportement procréatif jugé déviant et de façonner des dispositions contraceptives. Mme A., 36 ans, est reçue par Laurence, qui travaille en centre d'IVG depuis trente ans. Elle s'inquiète des conséquences sur sa fertilité :

*Mme A. : C'est la troisième fois [que j'avorte]. Il y a des risques ?*

*Laurence [sèchement] : Des risques de quoi ?*

*Mme A. : De stérilité, de...*

*Laurence : Vous voulez des enfants ?*

*Mme A. : Plus tard, je sais pas.*

*Laurence : Bon, non, je peux pas vous dire que ça va vous rendre stérile, je peux pas vous dire non plus que ça va rien faire.*

*Mme A. : Et les cancers du col de l'utérus ?*

*Laurence [agacée] : Écoutez, j'ai pas de boule de cristal (65 ans, praticienne attachée, gynécologue médicale).*

Laurence refuse de rassurer Mme A. sur les éventuelles séquelles de l'avortement. Elle se montre beaucoup plus sécurisante, pourtant, lorsque Mme B., l'avortante suivante, une femme de 27 ans réalisant une IVG pour la première fois, lui pose exactement la même question :

*Mme B. : Et il n'y a pas de risque ?*

*Laurence : De ?*

*Mme B. : De ne plus tomber enceinte.*

*Laurence [sans agacement cette fois] : Alors je prédis pas l'avenir, mais c'est pas prévu comme ça. Non mais ne vous inquiétez pas, ça va bien se passer.*

La réponse apportée sur les risques de l'avortement est modulée selon le but recherché par la médecin, qui varie d'une avortante à l'autre. Si Laurence refuse de laisser apparaître l'avortement comme un acte sans conséquences à Mme A., c'est probablement du fait de sa

---

<sup>20</sup> D'après le travail de synthèse de la bibliographie internationale réalisé par le CNGOF et publié dans un numéro dédié du *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* (2016).

distance à la norme procréative (Bajos et Ferrand, 2006) – elle n’a pas d’enfant à 36 ans – et contraceptive – elle recourt trois fois à l’IVG. La crainte de séquelles de l’avortement est alimentée – et même instillée dans la situation qui suit – dans le but de prévenir la « récédive » (Novaes, 1982).

Lorsque je demande à Delphine si elle a rencontré des femmes en demande d’avortement qui ne voulaient pas prendre de contraception, elle me répond :

*-Oui, mercredi. Je faisais la consultation avec Olivia [interne de gynécologie médicale]. Une avortante de 18 ans, déjà deux IVG. [Prend une voix criarde :] « La contraception j’en veux pas ». Elle doit penser que l’avortement c’est une contraception. Tu as toujours un sentiment d’échec en tant que soignant, tu as l’impression de pas remplir ta mission. [...]*

-Tu lui as dit quoi ?

*-Je lui ai dit qu’il fallait qu’elle envisage d’avoir une contraception efficace, que c’était dangereux pour elle et qu’elle le regretterait plus tard. Là, 18 ans, déjà deux IVG et pas de contraception... J’ai utilisé des phrases choc, que si elle voulait des enfants plus tard elle pourrait avoir des problèmes, elle n’y arriverait pas, elle le regretterait.*

-Ça pose des problèmes pour avoir des enfants, l’IVG ?

*-Ça peut (Delphine, 27 ans, interne de médecine générale).*

Jugeant puéril le refus de contraception de cette avortante, la médecin me dit avoir tenté de lui faire peur en présentant comme des quasi-certitudes les conséquences négatives de l’avortement sur sa fertilité. Le travail médical apparaît comme un « travail émotionnel », concept par lequel Arlie Hochschild (2017 : 31) analyse les tâches « qui nécessitent plus ou moins de manipuler nos sentiments et ceux des autres ». Il ne s’agit pas, ici, d’informer, mais de produire un état émotionnel visant à façonner des dispositions durables dans un contexte – le parcours d’IVG – où les possibilités de suivi médical, et le contrôle qu’il permet, sont limitées (des consultations ponctuelles réparties sur quelques jours). En l’absence de pouvoir ouvertement contraignant, l’ignorance, qui est ici produite, permet d’orienter les avortantes vers les comportements que les médecins jugent bons (selon des critères à la fois moraux et sanitaires).

Les pratiques des médecins du troisième centre d’IVG sont différentes. Ces médecins généralistes correspondent, à bien des égards, à l’idéal-type des avorteurs et avorteuses spécialisé-es. En consultation, ils et elles rassurent les avortantes, évoquant parfois « *les études scientifiques* » : « *Il est plus dangereux de garder la grossesse que d’avorter. Il n’y a aucun retentissement de l’IVG sur vos grossesses ultérieures* », déclare Mathieu (60 ans, praticien attaché), et Charlotte (40 ans, praticienne hospitalière) me dit trouver « *gênant d’expliquer les risques [de l’IVG]* » – ce qui est une obligation légale – en raison de l’image déformée de la dangerosité du geste que cela donne. Leurs pratiques font écho à leurs représentations de l’avortement (comme un acte sûr).

Les médecins des deux premiers centres sont moins spécialisées, objectivement et subjectivement, dans l’avortement. La plupart sont gynécologues médicales, ne travaillent

qu'à temps partiel dans le centre et ne connaissent pas les associations de professionnel·les de l'avortement. Elles sont toutes opposées à l'allongement du délai légal d'IVG. Leurs pratiques produisent ou instrumentalisent l'ignorance des profanes en matière médicale. S'agit-il de mensonges conscients ou de la mise en avant, par ces médecins, de leurs propres conceptions de la dangerosité de l'avortement ? La « rétention d'information » (Fonquerne, 2021) ou le mensonge (Fainzang, 2006)<sup>21</sup> supposent l'intentionnalité – dans l'omission ou dans la divergence avec ce que l'individu tient pour vrai. Or, dans les situations rapportées, la frontière entre l'ignorance et le mensonge n'est pas toujours nette. Il s'agit plutôt d'un désintérêt pour la vérité, d'un rapport pratique aux savoirs comme servant d'abord d'outils pour contrôler le déroulement des consultations, pour se faire obéir des patient·es. Ici, la mise en avant d'appareils médicaux et la déformation des risques servent un but instrumental plus qu'informatif, celui d'orienter le comportement de l'avortante dans le sens souhaité (la méthode d'avortement qui arrange la professionnelle ; le respect des normes médicales, sexuelles et procréatives). Dans son essai *On Bullshit*, le philosophe Harry Frankfurt souligne la différence entre le ou la menteur·se, qui a besoin de connaître la vérité pour la travestir, et le ou la « *bullshitter* » (celui ou celle qui « dit des conneries ») qui est indifférent·e à la vérité et, sans trop de considération pour celle-ci, sert son propre dessein. Peut-être faut-il risquer d'être irrévérencieux en disant que ces médecins, en matière d'avortement, plus qu'ignorant·es ou menteurs·ses, ont surtout « l'art de dire des conneries » (Frankfurt, 2005), c'est-à-dire que leur référentiel n'est pas ce qu'ils et elles pensent être vrai mais avant tout l'utilité pratique de leur parole.

Ce rapport instrumental aux savoirs médicaux participe à reproduire l'ignorance. Celle des avortantes, confortées dans l'idée de la dangerosité du recours à l'avortement ; celle des médecins, dont la raison pratique obéit à d'autres logiques que la recherche des preuves de leurs affirmations. Ce rapport instrumental aux savoirs guide également les prises de position publiques des dominant·es de la profession.

### ***La diffusion publique de l'ignorance : instrumentaliser la cause des femmes pour défendre l'autonomie professionnelle des médecins***

Les plus dominant·es du champ médical ont pris position contre l'allongement du délai légal d'IVG. Cette mesure, si elle accroît le champ de compétence et les prérogatives des médecins (généralistes) qui se spécialisent dans la pratique des IVG, représente à l'inverse, pour les gynécologues, une augmentation de la probabilité d'être confronté·es à un geste peu porteur professionnellement, qui, pour beaucoup, les dégoûte et les perturbe moralement (Perrin, 2021). En outre, elle substitue à la position de pouvoir de l'interruption *médicale* de grossesse (qui suppose, lorsque le délai de l'IVG est dépassé, l'autorisation d'une équipe médicale) une position plus passive de prestataires de services. L'enjeu corporatiste qui sous-tend l'opposition au projet de réforme apparaît clairement dans les entretiens menés auprès de

---

<sup>21</sup> Leslie Fonquerne (2021 : 83) décrit la rétention d'information comme la « forme de violence médicale » la plus courante lors des consultations de gynécologie qu'elle étudie. Au-delà de l'omission volontaire d'informations, Sylvie Fainzang a montré la fréquence des mensonges en consultation de cancérologie. Elle décrit notamment la manière dont les cancérologues légitiment le mensonge par son intérêt thérapeutique – les patient·es gagneraient à rester dans l'ignorance – et par le désir supposé des patient·es de ne pas savoir, et montre son usage différencié selon la gravité de la situation et les caractéristiques sociales des patient·es.

chef·fes de service et de membres des institutions savantes et représentatives de la profession. Ainsi pour Christophe (65 ans, chef de service de CHU, gynécologue-obstétricien), membre du CNGOF, permettre aux femmes d'avorter jusqu'à 14 semaines de grossesse sans autorisation médicale, c'est « *mépriser les problématiques de confort des médecins* ». Refusant qu'un contrôle accru des femmes sur leur reproduction ne se fasse au détriment de celui des gynécologues sur les modalités de leur activité, il présente explicitement, après deux heures d'entretien, les enjeux de l'avortement comme une « *balance* » entre « *les droits du fœtus, les droits de la femme et les droits du médecin* ».

Dans le contexte d'une « crise de légitimité » que les médecins déplorent depuis plus de trente ans (Herzlich *et al.*, 1993 ; Aiach et Fassin, 1994) et de son volet le plus récent – le MeToo gynécologique et obstétrical (Topçu, 2021) –, s'opposer à une mesure visant à améliorer l'accès à l'avortement au nom de l'intérêt des médecins, c'est risquer un procès en sexisme, comme le craint Vincent (45 ans, praticien hospitalier, gynécologue-obstétricien), représentant du SYNGOF : « *On est très prudents, on y va sur des œufs, parce que de toute façon on sait qu'on va se faire flinguer* »<sup>22</sup>. Dans ce contexte, ils et elles tentent d'adopter l'identité valorisante d'acteurs et actrices de « l'espace de la cause des femmes » (Bereni, 2012). Les communiqués du CNGOF et de l'Académie de médecine se réfèrent à plusieurs reprises à « ce que les femmes demandent », revendiquant la légitimité de parler en leur nom, c'est-à-dire à leur place (Bourdieu, 2001), et c'est avant tout dans le langage de l'intérêt des femmes, au nom des risques que l'avortement entre 12 et 14 semaines de grossesse leur ferait encourir, que les médecins et leurs institutions représentatives formulent leur opposition à la poursuite de la libéralisation de l'avortement<sup>23</sup>. C'est avec des accents féministes qu'ils et elles défendent la restriction de l'autonomie reproductive de leurs patientes. Ainsi peut-on lire dans le paragraphe introductif du communiqué du 2 octobre 2020 du CNGOF contre la proposition de loi, que « fidèle à l'esprit de la loi Veil, et préoccupé par la santé, le bien-être et la liberté des femmes, [le CNGOF] s'oppose donc avec fermeté à ces modifications de la loi sur l'IVG ». La pathologisation de l'avortement permet d'opérer une « universalisation symbolique des intérêts particuliers » (Bourdieu, 1989 : 559) en présentant la défense du contrôle de leur travail comme une prise de position désintéressée en faveur des femmes.

Dans le cadre de ce débat politique, les sociétés savantes – le CNGOF et l'Académie de médecine – chargées du contrôle et de la diffusion des savoirs médicaux ont produit de l'ignorance. Leurs affirmations ont fait fi des travaux scientifiques existants, à commencer par ceux qu'elles-mêmes ont publiés quelques années auparavant (CNGOF, 2016). Elles ont aussi pu relever, parfois, de la manipulation intentionnelle. Dans un article à charge contre la proposition de loi, publié dans une revue de gynécologie-obstétrique (Nisand, 2021), le président du CNGOF convoque, seule source nécessaire et suffisante, un sondage mené par le

---

<sup>22</sup> Il évoque les tollés médiatiques qu'ont suscités le président du SYNGOF, Bertrand de Rochembeau, lorsqu'il a déclaré ne plus faire d'IVG au motif qu'il n'est pas devenu médecin pour « retirer des vies », au micro de *Quotidien* le 11 septembre 2018, ou l'ancien président, Jean Marty, qui, dans un mail en interne dévoilé, appelle les adhérent·es du syndicat à se préparer à « arrêter les IVG » afin de faire pression sur le gouvernement pour revaloriser le fonds de garantie de la profession, en mars 2019.

<sup>23</sup> Cela vaut pour l'allongement du délai d'IVG, mais aussi pour d'autres mesures que je n'ai pas abordées dans l'article, telles que la suppression de la « double clause de conscience » ou l'autorisation de la pratique de l'IVG chirurgicale aux sages-femmes.

Collège dans lequel 71 % des 783 gynécologues interrogé·es se disent défavorables à l’allongement du délai. Pour gonfler la légitimité de cet argument d’autorité médicale, il ajoute que tou·tes les répondant·es réalisent des IVG, alors qu’on peut lire, en première page du très court document présentant les résultats qu’il m’a lui-même communiqué, que 241 des répondant·es ne pratiquent pas l’IVG<sup>24</sup>. Sollicité dans le cadre de mon enquête doctorale, le Collège s’est également opposé à la passation d’un questionnaire visant à objectiver les pratiques concrètes et les positions des gynécologues en matière d’avortement. La production de données peut apparaître encombrante, en ce qu’elle concurrence le contrôle du Collège sur l’image donnée par la profession (notamment celle d’une profession unie dans le service des femmes) et son pouvoir de dire ce qui est. Lors d’un échange informel, un membre du CNGOF me confie que ce questionnaire porte sur un « *sujet qui fâche* », risquant de créer des tensions entre les médecins. Il conclut : « *On lave son linge sale uniquement en famille.* » Perçue comme une évaluation extérieure de leurs pratiques et une ingérence dans l’autonomie du champ médical (Freidson, 1984), ma recherche risquerait de perturber les rapports de force et les règles internes d’attribution de l’expertise.

Ainsi, les médecins qui occupent les positions dominantes au sein de la profession, et qui, dans la division du travail scientifique, exercent un rôle de diffusion des savoirs médicaux – enseignant·es-chercheur·ses à l’université ou membres des institutions de référence scientifique (CNGOF, Académie de médecine) – n’échappent pas à la subordination de la rigueur scientifique aux enjeux professionnels. En matière d’avortement, ils et elles participent à (re)produire l’ignorance des profanes comme celle des praticien·nes qui se fient à leurs prises de position.

## **Conclusion**

Connaissances médicales et connaissances des médecins divergent. Une large part des gynécologues soutient qu’il serait dans l’intérêt des femmes de limiter leur autonomie en matière procréative, au nom d’une vision des dangers de l’avortement pourtant en décalage avec les données médicales sur le sujet. La popularité de cette position paradoxale s’explique par les enjeux de pouvoir qu’elle recouvre : non seulement les structures de la formation et du travail médical favorisent une vision restreinte et déformante des enjeux de l’avortement, mais une partie des médecins, en particulier les dominant·es du champ, avec des degrés d’intentionnalité variables, tirent profit des idées reçues sur l’avortement. La pathologie fonde le pouvoir des médecins, que ce soit celui de s’imposer aux patient·es en consultation ou, dans le débat public, de défendre leur autonomie professionnelle. Cet intérêt professionnel explique le rapport distant et instrumental aux connaissances scientifiques de médecins qui portent davantage attention aux effets de leur discours qu’à la véracité de celui-ci. L’autorité médicale peut ainsi s’imposer sans preuves, ignorer ces dernières quand elles existent, ou encore les falsifier lorsqu’elles s’opposent à leurs options politiques. L’articulation de la sociologie de l’ignorance et de la théorie des champs s’est avérée heuristique : elle a permis de montrer que l’expertise médicale est tributaire des luttes internes au champ, qu’elle découle du pouvoir

---

<sup>24</sup> Notons, en outre, que le fait de déclarer pratiquer des IVG amalgame la pratique quotidienne avec une pratique très ponctuelle voire passée.

plus que de la compétence et, en retour, que la production de connaissance ou d'ignorance est un instrument central des luttes professionnelles.

En donnant aux idées reçues sur l'avortement le crédit de leur posture d'expert-es, les médecins participent à la stigmatisation de l'IVG comme moyen problématique de contrôle de la procréation et s'inscrivent dans la continuité des discours des militant-es anti-choix, qui font des séquelles de l'avortement et de l'intérêt des femmes, plus que de la morale ou de la religion, le cœur de leurs stratégies rhétoriques contemporaines (Mattalucci, 2018 ; Lowe et Page, 2019 ; Mathieu *et al.*, 2023).

## Annexe

*Tableau 1 : Répartition des médecins enquêté-es selon le sexe, la spécialité médicale, le statut et le mode d'exercice*

		N	%
<b>Sexe</b>	Femme	64	73
	Homme	24	27
<b>Spécialité</b>	Gynécologie-obstétrique	41	47
	Gynécologie médicale	13	15
	Médecine générale	26	30
	Autres <sup>25</sup>	8	9
<b>Statut et mode d'exercice</b>	Chef·fe de service de gynécologie-obstétrique	14	15
	Responsable d'unité d'IVG	6	7
	PH (non chef·fe de service ni responsable d'unité)	23	26
	Assistant·e-chef·fe de clinique	11	12
	Interne	14	15
	Praticien·ne attaché·e + exercice libéral ou salarié <sup>26</sup>	14	15
	Libéral exclusif	4	5
	Clinique	1	1

<sup>25</sup> Il s'agit de quatre psychiatres de maternité, deux anesthésistes de maternité, une généticienne, une médecin de santé publique.

<sup>26</sup> Une seule enquêtée a un exercice intégral de praticienne attachée en centre d'IVG.

	Planning familial	1	1
<b>Total</b>		88	100

Lecture : 73 % des médecins enquêté-es sont des femmes.

## Références bibliographiques

Aïach P., Fassin D., 1994. *Les métiers de santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos.

ANAES, 2001. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Paris, ANAES [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg\_2001\_-\_recommandations\_revues\_2010\_2011-04-28\_15-29-11\_241.pdf].

Bacle F., Boufassa F., Lambert J., Lefebvre P., Soulat C. , Meyer L., 2005. Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 34(4), 339-345 [https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82839-X].

Bajos N., Ferrand M., 2004. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences Sociales et Santé* 22(3), 117-142 [https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630].

Bajos N., Ferrand M., 2006. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines* 61(1), 91-117 [https://doi.org/10.3917/soco.061.0091].

Bereni L., 2012. Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes. In Bard C. *Les féministes de la deuxième vague*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Bourdieu P., 1977. Questions de politique. *Actes de la recherche en sciences sociales* 16(1), 55-89 [https://doi.org/10.3406/arss.1977.2568].

Bourdieu P., 1989. *La noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris, Minuit.

Bourdieu P., 2001. *Langage et pouvoir symbolique*. Paris, Seuil.

Bourdieu P., 2022. *Microcosmes. Théorie des champs*. Paris, Raisons d'agir.

CNGOF, 2016. Recommandations pour la pratique clinique. L'interruption volontaire de grossesse. Paris, CNGOF.

Cohen P., Cohen J., 1984. The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry* 41(12), 1178-1182 [https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790230064010].

- Conrad P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18, 209-232 [https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233].
- Dodier N., 2007. Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients, in Tournay V. *La gouvernance des innovations médicales*. Paris, Presses Universitaires de France, 127-154 [https://doi.org/10.3917/puf.tourn.2007.01.0127].
- Durkheim E., [1912] 1991. *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*. Paris, Livre de poche.
- Fainzang S., 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, Presses universitaires de France.
- Fassin D., 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Presses universitaires de France.
- Fassin D., 2000. Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés* 24(1), 95-116 [https://doi.org/10.7202/015638ar].
- Faucher P., 2016. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 45(10), 1536-1551 [https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.016].
- Ferrand M., 1988. Les médecins face à l'avortement. *Sociologie du travail* 30(2), 367-380 [https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2409].
- Fonquerne L., 2021. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé publique* 33(5), 663-673 [https://doi.org/10.3917/spub.215.0663].
- Frankfurt H. G., 2005. *On Bullshit*. Princeton, Princeton University Press.
- Freidson E., 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot.
- Garcia S., 2005. Expertise scientifique et capital militant. *Actes de la recherche en sciences sociales* 158, 96-115 [https://doi.org/10.3917/arss.158.0096].
- Gelly M., 2006. *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*. Paris, L'Harmattan.
- Gouret G., Faucher P., Kayem G., Pinton A., 2023. Étude prospective sur 46 patientes de la pratique de l'IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA : parcours de soins et complications. *Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie* 51(9), 415-419 [https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.06.004].
- Hardy A.-C., 2013. *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*. Rennes, Presses de l'EHESP.

- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.-C., 1993. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*. Paris, Éditions de l'INSERM.
- Hochschild A. R., 2017. *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*. Paris, La Découverte.
- Horellou-Lafarge C., 1982. Une mutation dans les dispositifs du contrôle social : le cas de l'avortement. *Revue française de sociologie* 23(3), 397-416 [https://doi.org/10.2307/3320987].
- Hughes E. C., 1996. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- Koechlin A., 2021. *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*. Thèse de doctorat de sociologie, Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
- Lahire B., 2023. *Les structures fondamentales des sociétés humaines*. Paris, La Découverte.
- Lowe P., Page S.-J., 2019. Rights-based claims made by UK anti-abortion activists. *Health and Human Rights* 21(2), 133-144.
- Marguet L., 2014. Les lois sur l'avortement (1975-2013) : une autonomie procréative en trompe-l'œil ? *La revue des droits de l'Homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux* 5 [https://doi.org/10.4000/revdh.731].
- Mathieu M., Ruault L., 2014. Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix* 107(3), 33-59 [https://doi.org/10.3917/pox.107.0033].
- Mathieu M., Perrin R., Thizy L., 2023. La psychologisation de l'avortement en France. *Recherches féministes* 36(2) : 89-108 [https://doi.org/10.7202/1111376ar].
- Mattalucci C., 2018. Abortion and women's bodily and mental health: the language of trauma in the public debate on abortion in Italy. *Antropologia* 5(2), 75-94 [http://dx.doi.org/10.14672/ada2018145875-94].
- Novaes S., 1982. Les récidivistes. *Revue française de sociologie* 23(3), 473-485 [https://doi.org/10.2307/3320990].
- Perrin R., 2021. *La clause qui cache la forêt. Enquête sur les réticences des gynécologues face à l'IVG*. Mémoire de Master de sociologie, Paris, ENS-EHESS.
- Perrin R., 2023. L'ethnographie comme travail émotionnel : à propos d'une enquête de terrain sur l'avortement. *Genèses* 3(132) : 97-115 [https://doi.org/10.3917/gen.132.0097].
- Raymond E. G., Grimes D. A., 2012. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology* 119(2 Pt 1), 215-219 [https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31823fe923].

Ruault L., 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 de sciences politiques, Lille, Université du droit et de la santé.

Saccone G., Perriera L., Berghella V., 2016. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 214, 572-591 [https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.12.044].

Soulat C., Gelly M., 2006. Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 35(2), 157-162 [https://doi.org/10.1016/S0368-2315(06)76389-X].

Soutoul J.-H., 1977. *Conséquences d'une loi. Avortement an II*. Paris, La Table ronde.

Thizy L., 2023. *Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière ? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances*. Thèse de doctorat de sociologie, Paris, Université Paris 8.

Topçu S., 2021. Des incertitudes sur les risques aux ignorances genrées ? Innovation technique, progrès biomédical et santé reproductive. Colloque « Ignorance scientifique, ignorance de genre ? La construction genrée des problèmes de santé publique ». Rennes, EHESP, 9 décembre 2021.

Vigoureux S., Ben M'Bareck I., Billebeau A., 2015. Enquête auprès des internes de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale sur la formation en orthogénie en France. Paris, CNGOF, coll. « Congrès du CNGOF ».