



**HAL**  
open science

## **Tribune : L'avortement est un droit qu'il ne suffit pas de défendre, mais qu'il faut continuer à conquérir**

Raphaël Perrin

### ► **To cite this version:**

Raphaël Perrin. Tribune : L'avortement est un droit qu'il ne suffit pas de défendre, mais qu'il faut continuer à conquérir. 2025. <hal-05060522>

**HAL Id: hal-05060522**

**<https://hal.science/hal-05060522v1>**

Submitted on 14 May 2025

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

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



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

## **L'accès à l'IVG reste un parcours de la combattante à cause de certains médecins**

**Les médecins qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse sont aussi ceux qui créent des obstacles à l'avortement. Le sociologue Raphaël Perrin publie le 4 avril 2025 *Le choix d'avorter* (éditions Agone), un livre dans lequel il montre, sur la base de ses travaux de thèse, les effets du contrôle médical de l'accès à l'IVG. La loi est la même pour toutes, mais certaines ont dans les faits plus de droits que d'autres.**

Depuis le 4 mars 2024, la France est le premier État à inscrire dans sa constitution « la liberté garantie de la femme de recourir au droit à l'interruption volontaire de grossesse ». Ce vote parachève une succession de réformes qui, depuis la loi Veil de 1975, a considérablement simplifié l'accès à l'avortement en France. C'est un fait, les femmes<sup>1</sup> peuvent aujourd'hui avorter bien plus facilement que leurs mères ou leurs grands-mères. Il est désormais possible, y compris pour les étrangères, d'avorter de chez soi, gratuitement, avec le choix d'une méthode ou d'une autre, jusqu'à des termes de grossesse plus avancés qu'initialement, sans attendre une semaine dite « de réflexion » ni rencontrer une conseillère conjugale et familiale et, pour les mineures, sans l'autorisation de leurs parents.

Sauf qu'on ne peut pas saisir un droit que par sa lettre, sans considérer son effectivité. En France, les femmes ont le droit à l'avortement, oui... mais à quel avortement ? Dans les faits, l'accès reste semé d'embûches, les parcours sont souvent longs et compliqués, et la qualité des soins très inégale.

Ces obstacles ne s'expliquent pas seulement par le manque de moyens du système de santé, ni, contrairement aux idées reçues, par le militantisme anti-choix, relativement faible pour le moment en France. Pour comprendre pourquoi l'accès à l'IVG reste un « parcours de la combattante », il faut regarder du côté des médecins. Non pas des médecins qui utilisent la « clause de conscience » pour refuser de pratiquer des avortements, mais de ceux et celles qui le prennent en charge et qui, ce faisant, appliquent la loi à leur façon.

La plupart des médecins allongent ou compliquent les parcours d'IVG par rapport à ce que permet la loi. Non par opposition morale ou politique au droit à l'avortement, mais avant tout parce qu'ils et elles considèrent encore qu'il s'agit d'un acte grave, dramatique voire traumatique qu'il faut prévenir ou, à défaut, encadrer, plutôt que d'un acte procréatif simple, sécurisé et banal. Rappelons qu'une femme sur trois, en France, recourt à l'IVG au cours de sa vie.

« *On est pas là pour vider des utérus* », entend-on dans les centres d'IVG : le cœur du travail n'est pas l'interruption de la grossesse mais l'éducation contraceptive et l'accompagnement médical, psychologique et social des femmes qui souhaitent avorter. Accompagner les femmes suppose de les faire venir et revenir, leur parler, les faire parler, les écouter, y compris lorsque leur souhait, à elles, est d'avorter le plus simplement et le plus rapidement possible.

Les médecins les plus soucieux·ses de l'autonomie des femmes permettent, comme l'autorise aujourd'hui la loi, que les femmes avortent dès leur première consultation et au tout début de la grossesse. Les autres imposent, à l'inverse, de revenir deux, trois ou quatre fois, d'attendre quelques jours, voire quelques semaines, malgré les souffrances psychologiques que l'attente peut susciter et les contraintes logistiques que ces parcours longs occasionnent.

---

<sup>1</sup> Ainsi que les hommes trans.

Dans beaucoup de centres, les femmes se voient forcées de réaliser un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale et familiale. Elles doivent encore ingérer le médicament abortif dans le service, devant un-e médecin ou une infirmière. Parfois, un examen gynécologique complet – ni requis par la loi ni recommandé par les autorités de santé – leur est présenté comme obligatoire.

Dans les centres où les médecins n'aiment pas pratiquer le geste, les femmes n'ont pas le choix entre les différentes méthodes (aspiration sous anesthésie locale, aspiration sous anesthésie générale, médicament) et doivent impérativement avorter par voie médicamenteuse.

Le droit à l'avortement est donc partiel et variable selon la manière dont il est appliqué localement par les médecins. Il est aussi différencié selon les femmes : toutes ont droit à l'avortement, mais certaines y ont plus droit que d'autres. Selon leur âge, leur couleur de peau et la langue qu'elles parlent, leur situation économique, selon qu'elles avortent pour la première ou la quatrième fois, elles ont plus ou moins de chances de pouvoir avorter rapidement, de choisir la méthode, d'être soumises à des pressions pour adopter une contraception jugée efficace (pilule, et surtout dispositif intra-utérin ou implant contraceptif). Elles peuvent être traitées avec bienveillance, rassurées et déculpabilisées ou peuvent subir des remarques cinglantes pour leur comportement jugé irresponsable.

Il faut donc prendre un peu de distance avec les deux principaux types de discours portés sur le droit à l'avortement dans l'espace public français, qui font obstacle à l'émergence d'une mobilisation progressiste en empêchant de formuler des revendications politiques offensives, ambitieuses et ciblées sur les vraies causes des limitations de l'accès à l'avortement.

Le premier, c'est le discours glorificateur des pouvoirs publics qui tendent à exagérer les acquis, à considérer achevée la lutte pour l'autonomie reproductive des femmes, à ne voir du droit que sa lettre plutôt que son application limitée.

Le second, à l'inverse, c'est le regard sombre porté sur l'état actuel du droit à l'avortement et de son évolution qui, par l'obsession de ce qu'on pourrait perdre, conduit à oublier ce qu'il reste à gagner. Ce regard est bien compréhensible. Dans les dernières décennies, quatre pays ont connu une remise en question du droit à l'avortement, allant parfois jusqu'à sa recriminalisation : le Salvador, le Nicaragua, la Pologne et les États-Unis.

L'extrême droitisation d'une partie du paysage politique national et international dessine des perspectives sinistres pour les droits humains. Mais il faut être pessimistes *et* ambitieux·ses à la fois. Car nous méritons mieux que la simple défense d'un droit partiel. Pouvoir avorter, et le faire sans risquer d'en mourir, est évidemment le premier enjeu, mais il n'est pas le seul, tous les avortements ne se valent pas. Il ne suffit pas de lutter pour ne pas perdre le droit à l'avortement, il faut continuer à le conquérir, et ceci même en France.

Alors que faire ? D'abord, il faut continuer la lutte pour l'évolution de la loi, revendiquer la suppression du délai légal d'IVG ou *a minima* son alignement sur les pays les plus progressistes. Cette restriction n'a pas de justification scientifique ou sanitaire, mais vise à protéger l'existence des fœtus au détriment de l'autonomie des femmes, et impose à des centaines d'entre elles, chaque année, l'épreuve absurde et coûteuse d'aller avorter à l'étranger, aux Pays-Bas, en Espagne ou au Royaume-Uni, où la réglementation en la matière

permet aux femmes d'avorter jusqu'à deux mois plus tard qu'en France, où cela n'est possible que jusqu'à 14 semaines de grossesse.

À rebours des politiques libérales d'austérité dont les conséquences négatives ne concernent pas spécifiquement l'IVG, il faut également accroître le nombre de professionnel·les de santé et en particulier de médecins, créer des centres d'IVG autonomes des services de gynécologie et dotés de moyens matériels et humains permettant d'assurer un accès rapide aux soins, ce qui suppose de leur garantir un nombre suffisant de places au bloc opératoire et d'ouvrir des postes de praticien·nes hospitalier·ères dédiés à l'avortement afin que celui-ci soit pratiqué par des médecins volontaires et spécialisé·es.

Les parcours pourraient être davantage simplifiés pour que les femmes qui le souhaitent puissent avorter rapidement et sans contrainte. Cela suppose, par exemple, de développer la téléconsultation médicale pour l'IVG, supprimer l'entretien psychosocial obligatoire pour les mineures, et généraliser la pratique de l'IVG le jour même de la demande, et ce, quelle que soit la méthode.

Il faut s'assurer que la simplification des parcours et le libre choix des femmes prévus par la loi ou par les recommandations de bonnes pratiques émises par les autorités de santé soient respectés par les médecins. Les dysfonctions de l'autorégulation de la profession médicale doivent être palliées par des programmes effectifs de contrôle. Des centres où 100 % des femmes « choisissent » de réaliser l'entretien psychosocial en théorie optionnel, et où 100 % des femmes « choisissent » d'avorter par la méthode médicamenteuse sont des centres où elles y sont forcées.

Le parcours médical pour obtenir l'IVG est hérité d'une époque où son but était explicitement de contrôler et de dissuader les femmes. Son maintien, ainsi que l'obligation encore trop souvent faite aux femmes qui souhaitent avorter de se confier à une conseillère conjugale et familiale, participe à reproduire la représentation de l'avortement comme étant un acte « à part ».

Il est temps de revendiquer une démedicalisation de l'avortement, au moins partielle. Non seulement en développant la participation des sages-femmes et en étendant le droit à pratiquer les IVG aux infirmières, mais aussi en levant l'obligation de pratique ou de prescription de l'avortement dans un établissement médical et en autorisant la vente libre du médicament abortif en pharmacie. Pourquoi ne pas envisager que des individus formés et motivés qui ne soient pas des professionnel·les de santé puissent aussi réaliser des IVG ? C'est d'ailleurs ce que l'Ordre des médecins lui-même proposait en 1973 quand il estimait l'avortement contraire au serment d'Hippocrate.

On peut imaginer plusieurs avortements et accès possibles selon les envies et besoins des femmes : un accès simple et rapide pour les femmes qui souhaitent avorter chez elles, seules ou avec leurs proches ; un avortement réalisé au sein de collectifs féministes mettant en avant l'expérience collective et la solidarité des femmes qui avortent – tel que le développe par endroit le Planning Familial – ; un avortement réalisé en contexte médical, proposant un accompagnement social ou psychologique professionnalisé.

Ça n'est qu'à la condition d'une politique de santé et de revendications féministes ambitieuses que les femmes qui le désireront pourront avoir un avortement vraiment libre, un avortement à elles.

**Raphaël Perrin, sociologue, membre du Centre européen de sociologie et de science politique**